

Personale und funktionale Beziehungen in therapeutischen Gemeinschaften

**Ein Versuch der Systematisierung
institutioneller Wandlungsprozesse**

Elke Portugall

1977

Personale und funktionale Beziehungen in therapeutischen
Gemeinschaften

Ein Versuch der Systematisierung
institutioneller Wandlungsprozesse

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N
Z U R
E R L A N G U N G D E S G R A D E S

Doctor Rerum Politicarum (Dr. rer. pol.) an der

Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von Elke Portugall 1976

Referent: Prof.Dr.H.J. Helle

Co-Referent: Prof.Dr.E.K.Francis

Promotionsabschlußberatung: 21. Februar 1977



GLIEDERUNG:

- I. EINLEITUNG:
Terminologische Klärungen und Begründung
der Wahl des Untersuchungsgegenstandes

 - II. DIE KRISE DER PSYCHIATRIE:
 - II. 1. Problematisierung und Neuformulierung
des Patienten-Status
 - II. 1.1. Der Beitrag der Sozialwissenschaften
zur Klärung des Patienten-Status
 - II. 1.1.2. Das Konzept der 'total institution'
 - II. 1.1.3. Diskussion
 - II. 1.1.4. Abschließende Überlegungen
 - II. 1.2. Der Erklärungswert sozialhistorischer
Betrachtungsweisen
 - II. 2. Problematisierung und Neuformulierung der
Berufsrollen des psychiatrischen Personals
 - II. 2.1. Der Beitrag berufssoziologischer Forschungen
zur Klärung der Berufsrollen des psychiatri-
schen Personals
 - II. 2.1.2. Individuelle Reaktionen auf Spannungen inner-
halb der Arbeitsorganisation
 - II. 2.1.3. Berufsrolle und gesamtgesellschaftliche
Integration
Abschließende Überlegungen
-
- III. DIE THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFT ALS ANTWORT
AUF DIE KRISE DER PSYCHIATRIE
 - III. 1. Mitgliedschaftsbedingungen in der
therapeutischen Gemeinschaft
 - III. 2. Die therapeutische Gemeinschaft als Arbeitsplatz
 - III. 3. Die therapeutische Gemeinschaft als veränderte
Beziehungsstruktur
 - III. 4. Die 'Entdeckung' der personalen Beziehungsdimension
-
- IV. SOZIOLOGISCHE STRUKTURIERUNGEN
-
- V. SYSTEMATISCHE DARSTELLUNG
THERAPEUTISCHER GEMEINSCHAFTEN

- V. 1. Therapeutische Gemeinschaften
 instrumentell-funktionalen Typs
- V. 1.1. H.A.Wilmer/Oakland
- V. 1.2. A.Ploeger/Tübingen
- V. 2.1. Therapeutische Gemeinschaften
 personal-orientierten Typs
- Exkurs I Therapeutische Gemeinschaften als kollektive
 Wohnform mit Privatheitscharakter
- Exkurs II 'Kommunikation' als Scheindemokratisierung
- V. 2.2. Therapeutische Gemeinschaften im Rahmen
 der englischen Anti-Psychiatrie
- V. 2.3. J.Foudraines 'School for Living'
- VI. DIE THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFT
 ALS SOZIOLOGISCHES KONZEPT
- VII. ZUR FRAGE DER ÜBERTRAGBARKEIT DES KONZEPTS
 'THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFT' AUF ANDERE
 INSTITUTIONEN
- Abschließende Überlegungen

I. Einleitung:

Terminologische Klärungen und Begründung
der Wahl des Untersuchungsgegenstandes

Das Krankenhaus, und speziell das psychiatrische Krankenhaus, ist eine Subkultur mit einer eigenen Sprache, eigener 'Wirklichkeitskonstruktion', mit internen Gesetzmäßigkeiten und Beziehungsregeln und einer - trotz immer wieder versuchter Reformbemühungen von innen und außen - gesicherten Grenze gegenüber der Außenwelt. Um diese soziale Tatsache zu erklären, ist mehr erforderlich als die historische Analyse der Entstehung psychiatrischer Krankenhäuser: Die Isolation des psychiatrischen Krankenhauses und seiner Population, welche diejenige anderer gesellschaftlicher Bereiche (verstanden als Arbeitsorganisation, Lebensform und soziale Struktur) bei weitem übertrifft, ist nicht nur ein historisches, sondern auch ein psychostrukturelles und wissenssoziologisches Phänomen. In jedem Fall wirken eine Reihe von Faktoren zusammen, um die Institution 'Psychiatrie' im wahrsten Sinne aus der gesellschaftlichen Öffentlichkeit auszuschießen: Die 'Psychiatrie' war und ist einer der unbekannten Orte in der Gesellschaft.

Wenn sich die vorliegende Arbeit die Aufgabe stellt, das im Rahmen der institutionellen Psychiatrie entstandene Reformkonzept 'therapeutische Gemeinschaft' soziologisch zu bearbeiten, so bildet das psychiatrische Krankenhaus als historisch-ökonomisches, psychologisches und soziales Phänomen den Hintergrund, die Folie, auf der sich diese innerinstitutionelle Innovation abhebt als Moment von Selbsterfahrung und Selbstreflektion einer Institution.

Das Konzept der 'therapeutischen Gemeinschaft' entstand auf dem Erfahrungshintergrund eines soziostrukturellen, psychosozialen und historisch-ökonomischen Prozesses, der sich schließlich in der psychiatrischen Klinik institutionalisierte: Dem Prozeß des Ausschlusses einer Personenkategorie mit bestimmten, beschreibbaren und - normativ abgesichert - intersubjektiv vermittelbaren Merkmalen, aus allen sozialen Bezügen bis hin zur vollständigen Enthumanisierung des Umgangs mit ihr. Das Konzept der 'therapeu-

tischen Gemeinschaft' versucht, ausgehend von diesem Tatbestand, eine Veränderung der Kommunikationsbedingungen und Interaktionsformen zunächst für diejenigen Personengruppen, die direkten Umgang mit der ausgeschlossenen Population der Krankenhäuser haben. Sie kann aber, will sie auch nur innerinstitutionell wirksam werden, nicht darauf verzichten, auf die Bedingungen zu reflektieren, unter denen ein solcher Prozeß - und damit auch der Prozeß der Veränderung dieser Bedingungen - in Gang gesetzt werden konnte. So begleitet die jetzt schon fast 30-jährige Geschichte der therapeutischen Gemeinschaft ein eminent moralischer Impuls: Empörung über das allmähliche gesellschaftliche Sichtbarwerden eines ungeheuren Ausmaßes an Elend, Unterdrückung und Gewalt, für das die 'Gesellschaft' sich verantwortlich zu fühlen beginnt. Die meisten dieser, unter dem Begriff der 'therapeutischen Gemeinschaft' zusammenfaßbaren Versuche, die soziale Situation der Insassen psychiatrischer Krankenhäuser zu verbessern, hatten vorwiegend aktionspraktischen Charakter und mußten fast durchweg auf eine theoretische Durchdringung ihrer, zumeist 'therapeutisch' verstandenen Praxis verzichten.

Für eine soziologische Analyse des Gegenstandes gilt - abgesehen von der Tatsache, daß die therapeutische Gemeinschaft von ihrem institutionellen Hintergrund nicht abgelöst dargestellt werden kann -, daß diese notwendig vielschichtig sein muß: Die therapeutische Gemeinschaft ist sowohl eine soziale Struktur wie der Versuch, verfestigte soziale Strukturen zu verändern; sie ist ein therapeutisches Konzept ebenso wie der Versuch, die bipolare Therapeuten-Klienten-Beziehung in einem diffusen, nicht mehr eigentlich 'therapeutisch' zu benennenden, sozialen Milieu aufzulösen. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft verändert die berufliche Situation, den 'Arbeitsplatz' des psychiatrischen Personals, aber sie verändert auch die Rolle des Patienten. Im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft treffen verschiedene Problematisierungsebenen aufeinander, welchen jeweils die Erkenntnisleistungen verschiedener soziologischer Teildisziplinen entsprechen. Dabei wäre die 'Soziologie beruflichen Handelns' ebenso zu nennen wie die Medizin- oder Psychiatriesoziologie; die Soziologie der 'Gruppe', aber ebenso die der 'Institutionen' könnten theoretisch befragt

werden. Eine Fülle soziologischer Konzepte könnten methodisch fruchtbar eingesetzt werden: Eine Entscheidung zwischen ihnen ist vorzunehmen und zu legitimieren. Das vorgelegte Material sollte ermöglichen, bei intensiver theoretischer Weiterarbeit eine soziologische Theorie der therapeutischen Gemeinschaft zu erarbeiten. Ansätze zu dieser Theorie ergeben sich aus der Anordnung des Materials: Es soll der Versuch gemacht werden, die zahlreichen Formen und Spielarten von therapeutischen Gemeinschaften, welche unter diesem 'Etikett' von ihren Initiatoren vorgestellt werden, systematisch im Rahmen einer zu erarbeitenden Typologie zu beschreiben. Es wird desweiteren versucht, das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft aus seinem institutionellen und wissenschaftsspezifischen Kontext zu lösen und als soziologisches Konzept sui generis zu definieren, dessen evtl. Übertragbarkeit auf außer-psychiatrische institutionelle Veränderungs- und Wandlungsprozesse zu überprüfen ist.

Terminologische Klärungen

Die therapeutische Gemeinschaft, deren theoretische Einbettung in ein soziologisches Begriffssystem sich die vorliegende Arbeit zur Aufgabe gemacht hat, ist ein im wissenschaftsspezifischen Rahmen der Psychiatrie entstandenes therapeutisches Konzept. Im person-bezogenen Bezugsrahmen der Psychiatrie und ihrer Nachbarwissenschaften Medizin und Psychologie beschreibt dieses Konzept eine deutliche Tendenz der Psychiatrie, sich zunehmend soziotherapeutisch zu orientieren; was jedoch die spezielle Terminologie angeht, unter der auch soziotherapeutische, also an sozialer Dynamik festgemachte, Konzepte im Rahmen der Psychiatrie diskutiert werden, so geschieht dies in der psychiatrisch-psychologischen Orientierungssprache, deren Benutzung im korrekten Sinne den in der wissenschaftlichen Disziplin und Institution 'Psychiatrie' tätigen Personen vorbehalten ist. Was die Kenntnis und Verfügbarkeit der psychiatrischen Sondersprache angeht, so bestehen zwischen den in den Psychiatrie tätigen Berufsgruppen noch einmal beträchtliche Unterschiede. Die eigentlichen 'Hüter' der psychiatrischen Orientierungssprache sind die Psychiater, welche die Sprache zum Zwecke ihrer Statussicherung benutzen und sie auch in den von ihnen beherrschten Gruppierungen ¹ durchsetzen. Die psychiatrische Orientierungs-

1 vgl. dazu: P.Runde, Die soziale Situation der psychisch Behinderten, München 1971, bes. 'Fortbildungsrunde der Ärzte', 86 ff.

sprache ist also in dem von uns beschriebenen Rahmen der psychiatrischen Klinik institutionalisiert. Dementsprechend sind die meisten der Beschreibungen und Erfahrungsdokumente über therapeutische Gemeinschaften, sofern sie von den Initiatoren, also Psychiatern und psychiatrischem Pflegepersonal, verfaßt wurden, in dieser Sprache, oder an sie angelehnt, geschrieben.

Es ist also erforderlich, einige zentrale Begriffe, die in Beschreibungen therapeutischer Gemeinschaften vorkommen, jedoch auch in der Umgangssprache zunehmend selbstverständlich benutzt werden, zu problematisieren und gegebenenfalls zu ersetzen, wenn sie in einen soziologischen Bezugs- und Begriffsrahmen nicht zu übernehmen sind ¹. Dieses Unternehmen wird noch zusätzlich dadurch erschwert, daß das zentrale Beschreibungsmerkmal eines Teils der Mitglieder von therapeutischen Gemeinschaften, nämlich die Tatsache der 'psychischen Krankheit' bereits außerhalb des zu beschreibenden Sozialzusammenhangs entstanden ist, bzw. zusammen mit dem Übertritt in den betreffenden Sozialzusammenhang. 'Krank' sind die betreffenden Personen damit aber nicht nur im Rahmen der psychiatrischen Sondersprache, sondern im allgemein geltenden Sprachzusammenhang: Insassen psychiatrischer Kliniken sind Kranke, sonst wären sie nicht dort. Die psychiatrische Sondersprache fügt dieser zur gesellschaftlichen Rolle gewordenen sozialen Situation lediglich die Spezifikation des jeweiligen 'Krankheitsbildes' hinzu. Krankheit im allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet Entlassung aus allen normativen Erwartungen außer derjenigen, wieder gesund zu werden ². Psychische Krankheit jedoch bedeutet Kommunikationsunfähigkeit im allerweitesten Sinne (vgl. II.), an die Erwartungen der genannten Art gar nicht -----

1 Nur um Mißverständnissen vorzubeugen, sei erwähnt, daß es sich in der hier stattfindenden Diskussion nicht um Begriffe schlechthin handelt, sondern, daß die letztlich gewählten Begriffe auch Träger neuer Inhalte sein sollen bzw. einen veränderten systematischen Zugang dokumentieren sollen. Nun ist bei dem hohen Selbstverständlichkeitscharakter der Benutzung mancher aus der eigentlich psychiatrischen Sondersprache stammenden Begriffe im umgangssprachlichen Bereich äußerst schwierig, diese Begriffe überhaupt zu problematisieren und auf ihren impliziten Gehalt zu befragen. Sie zu ersetzen, erweist sich in manchen Fällen als unmöglich - es bleibt höchstens die Alternative, den Begriff als ganzen aufzulösen und einige seiner inhaltlichen Dimensionen neu zu formulieren.

2 vgl. dazu: T.Parsons, Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas in: A.Mitscherlich u.a. (Hg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln/Berlin 1967, 57 - 87

mehr herangetragen werden (vgl. E.Freidson, Profession of Medicine, New York 1970). Dieser Begriff samt seiner sozialen Implikation ist aus später zu erörternden Gründen (vgl. IV.) für die Beschreibung therapeutischer Gemeinschaften nicht sinnvoll zu verwenden. Um jedoch den in der Klinik selbst geltenden Status von Kranken zu bezeichnen, könnte der Begriff 'Patient' ausreichend sein:

Patienten sind somit die Angehörigen jener Personenkategorie, die sich aufgrund der verschiedensten, im Rahmen dieser Arbeit aber nicht weiter auszuführenden biologischen, innerpsychischen und sozialen Prozesse im psychiatrischen Krankenhaus und damit in der therapeutischen Gemeinschaft befinden.

Der im Zuschreibungsverfahren entstandene Begriff 'Krankheit' impliziert weiterhin 'Therapiebedürftigkeit'. Die therapeutische Gemeinschaft ist, wie der Name ja andeutet, eine Sonderform von Therapie, in deren Genuß Patienten zum Zwecke der Heilung kommen sollen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll dem Begriff und der Tatsache von 'Therapie' keine Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auf eine Definition des Begriffs kann deswegen verzichtet werden, weil im soziologischen Bezugsrahmen die therapeutische Gemeinschaft nicht als 'Therapie' betrachtet wird, sondern als Beziehungsstruktur bzw. als selbstreflexiver Prozeß vor dem Hintergrund eines institutionellen Strukturmusters. Interessant für die Zwecke der vorliegenden Arbeit ist also nicht der therapeutische Effekt, den die vorliegende Struktur (sofern sie überhaupt als solche betrachtet wird) im psychiatriespezifischen Beurteilungsrahmen auf die psychisch kranke Einzelperson ausübt, in dem Sinne, daß seine jeweilige 'Krankheit' positiv beeinflußt und/oder geheilt wird. Dementsprechend muß auch auf alle im wissenschaftsspezifischen Rahmen der Psychiatrie geführten Diskussionen über die Wirksamkeit therapeutischer Gemeinschaften für die Behandlung psychischer Krankheiten verzichtet werden; und damit in der Konsequenz auf den Begriff selbst, da seine Implikationen für das gewählte Vorhaben keine Bedeutung haben. Das mit dem Begriffsinhalt ausgedrückte Faktum der mitmenschlichen Begegnung zwischen einem professionell qualifizierten Individuum (Therapeut) und dem Objekt seiner Arbeit (Patient) wird durch den im soziologischen Sprachgebrauch

üblichen Begriff der 'Interaktion' oder 'Kommunikation' ersetzbar. (vgl. Exkurs II) Wenn es sich um das Beziehungsverhältnis handelt, welches der Begriff 'Therapie' implizit anspricht, so kann dieses mit soziologischer Begrifflichkeit klarer beschrieben werden, etwa als 'Kommunikation zwischen Ungleichen' oder als 'Komplementärbeziehung Arzt-Patient'.

Der Begriff 'therapeutische Gemeinschaft' selbst, welcher ja auch die Tatsache von Therapie anspricht, soll im Rahmen dieser Arbeit nicht ersetzt werden. Es handelt sich bei diesem Begriff um eine wörtliche Übertragung aus dem angelsächsischen Sprachgebrauch, - wobei 'therapeutic community' wesentlich mehr Analogien zu 'Gemeinde' herstellt als zu 'Gemeinschaft'. Im deutschen Sprachgebrauch ist der Begriff assoziiert mit Vorstellungen eines harmonischen sozialen Gebildes, in dem die Mitglieder selbstgewählt und frei von Konflikten miteinander verkehren - eine Vorstellung, die, wenn sie auf eine Klinikgemeinschaft angewandt wird, in denen der größte Teil der Mitglieder sich zwangsweise aufhält, ohnehin ein nicht zu überbietender Euphemismus ist. Gleichwohl wird der Begriff unverändert übernommen, jedoch in seiner Bedeutung erweitert: zum einen ist er bereits zu einem regelrechten Synonym für Veränderungsvorhaben im Rahmen der traditionellen Institutionen-Psychiatrie geworden, zum anderen kommt der idealisierende Charakter dieser Vorhaben deutlich genug zum Ausdruck. Der Begriff 'therapeutische Gemeinschaft' sollte im großen ganzen als Sammelbegriff für die verschiedenartigsten Innovationsversuche, als 'Etikett' seine Funktion erfüllen.

Eine prekäre Entscheidung ist die Beantwortung der Frage, wie man die Personenkategorie der 'psychisch Kranken' benennen möchte, wenn man nicht ihren Status im Krankenhaus, sondern ihre soziale Situation anspricht, für die die professionelle Beschäftigung (Krankenhausaufenthalt - Behandlung) als 'gesellschaftliche Aktion'¹ nur Ausdruck ist.

Hier bietet sich der von P. Runde² gewählte Ausdruck 'psychisch Behinderte' an, welcher sich als scheinbar wertneutrale Bezeichnung im administrativen Sprachgebrauch und auch im Rahmen der professionellen Beschäftigung mit dieser Personenkategorie (außer-

1 P.Runde, op.cit. 12

2 P.Runde, op.cit.

halb von Kliniken) in den letzten Jahren in der BRD durchgesetzt hat. Mir erscheint aufgrund persönlicher Erfahrungen in diesem Bereich, daß der Oberbegriff 'Behinderung' für alle Formen geistiger, körperlicher und neuerdings auch psychischer Behinderung lediglich das Wort 'Krankheit' ersetzen soll, ohne jedoch die intendierte Wertneutralität tatsächlich zu erreichen. Das personbezogene Faktum 'Krankheit', das die Störung im einzelnen ansiedelt und ihn aus sozialen Entstehungszusammenhängen auch für Krankheit herausnimmt, wird durch die Verwendung des Begriffs 'Behinderung' intakt erhalten: Die körperliche und geistige Behinderung entsteht oftmals aus noch ungeklärten biogenetischen Zufälligkeiten und nimmt für die Betroffenen nicht selten den Charakter eines 'Schicksalsschlages' an, da bestimmte Erklärungsmöglichkeiten fehlen, andere erst gar nicht herangezogen werden. In Analogie dazu hat der Begriff der 'psychischen Behinderung' seine spezifische Funktionalität. Er soll Schicksalhaftigkeit von Krankheit aufgrund von organischer Unzulänglichkeit suggerieren, deren Ergebnis dann eine allgemeine 'Behinderung' ist, welche selbstverständlich nur den Betroffenen behindert, seine Umgebung aber von Verantwortung freispricht. In diesem Sinne schreibt P.Runde: 'Der über soziale Wahrnehmung im lebenspraktischen Vollzug gesteuerte Prozeß der Zuschreibung von Merkmalen gegenüber einer Personenkategorie und die sich daran anknüpfende Bewertung wird im Rahmen der Behandlung des Problems der psychischen Behinderung häufig unterschlagen ...'¹ Durch die Gleichstellung körperlich-geistiger mit psychischer Behinderung wird m.E. eine mögliche Soziogenese psychischer Krankheit semantisch in weite Ferne gerückt.

Aus diesem Grunde wurde eine begriffliche Entscheidung vorgenommen, die sich zwar nicht bis ins Letzte legitimieren kann, jedoch im Begriff selbst einige Ungereimtheiten stehen zu lassen riskiert, welcher deswegen sich für einen 'militanten' Gebrauch besser eignet. Es wird der Begriff 'psychische Störung' vorgeschlagen: die infrage stehende Personenkategorie heißt im Rahmen dieser Arbeit 'psychisch Gestörte'. Es ist die Hoffnung auszusprechen, daß der gedankliche Weg von 'psychischer Gestörtheit' zu 'psychischer Störung' gefunden wird. Die Personenkategorie der 'Gestörten' sind die ursprünglich 'Störenden' und deshalb als abweichend

Bezeichneten. Durch diese Formulierung kommt m.E. sowohl das Moment der 'kranken Aggressivität' (Basaglia), das Moment von Störung eingespielter sozialer Interaktionen zum Ausdruck, wie die Tatsache des Behindertseins im sozialen Austausch, welches gemeinsames Merkmal psychisch gestörter Personen ist. Durch die Entscheidung für den Begriff 'psychische Störung' soll ja nicht die Tatsache individuellen Leidens aus der Welt geschafft oder geleugnet werden, vielmehr sollte diese Wahl als Akzentsetzung verstanden werden: Der psychisch Gestörte wird dem Zusammenhang zurückgegeben, aus welchem er ursprünglich stammte, und aus dem er als störend ausgegliedert wurde. Damit deckt sich der Begriff zusätzlich mit der Absicht therapeutischer Gemeinschaften, den unterbrochenen sozialen Dialog mit dieser Personengruppe wieder aufzunehmen und ihn zunächst einmal als soziales Wesen anzuerkennen. Auch das Moment von Gegenseitigkeit - 'gestörte Interaktion' - bleibt durch den gewählten Begriff zumindest assoziativ gewahrt. Er scheint mit von allen möglichen Begriffsvarianten der am meisten soziologische zu sein.

Begründung der Wahl des Untersuchungsgegenstandes

H.S. Becker schreibt zum Problem der moralischen Betroffenheit bei wissenschaftlichen Untersuchungen:

We don't want our values to interfere with our assessment of the validity of our propositions about social life, but we cannot help their influencing our choice of propositions to investigate, or the use to which we put our findings. Nor should we mind that they do. Simultaneously, our ethical judgments cannot help being influenced by the increasing knowledge our scientific work confronts them with. Science and ethics interpenetrate.¹

Vorwissenschaftliche Werthaltungen und ethische Überzeugungen, aber auch eine bestimmte, immer wiederkehrende ungelöste Problematik im Bereich der Alltagserfahrungen können die Wahl eines bestimmten Untersuchungsgegenstandes beeinflussen. Die theoretisch disziplinierte Beschäftigung mit dem Gegenstand, welcher damit aus seinem alltäglichen Problemzusammenhang herausgehoben wird, dient zwar höchst selten rückwirkend der Lösungsfindung im alltäglichen Erfahrungsbereich direkt; andererseits jedoch findet eine manchmal sehr nützliche Einbettung des individuellen Problems in den, gesamtgesellschaftlich zu verstehenden, Prozeß von Problemlösungsversuchen statt, welcher im vorgefundenen Rahmen der gewähl-

1 H.S.Becker, Outsiders, New York 1963, 200

ten wissenschaftsspezifischen Bearbeitungsform geleistet wird. Zur 'Lösung' des individuellen Problems können andere individuelle Lösungsvorschläge herangezogen werden, welche sich in der gleichen systematisierten Form präsentieren und damit eine Vereinheitlichung ermöglichen zwischen der eigenen Individualität und anderen Individualitäten.

Der moralischen Betroffenheit über bestimmte extreme Ausformungen eines systematischen Kommunikationswiderstandes, wie er sich im Falle der 'gestörten Kommunikation' zwischen psychisch 'gesunden' und psychisch 'kranken' Individuen darstellt, liegt sicherlich die wiederholte Erfahrung mit solchen systematischen Widerständen in anderen, weniger 'extremen' sozialen Zusammenhängen zugrunde. Das Interesse an der therapeutischen Gemeinschaft als Form der kollektiven Bewältigung von gestörter Kommunikation ist vermutlich die verkleidete Hoffnung auf Übertragbarkeit der dort gemachten Erfahrungen in den persönlich relevanten Erfahrungsbereich. Salopp formuliert: Was 'dort' möglich ist, sollte in meinem alltäglichen Bereich erst recht zu leisten sein. Mit diesem Gedankengang wird jedoch implizit bereits wieder jene Trennung vollzogen, die 'gestörte Kommunikation' konstituiert und deren extreme Ausformung nur die psychiatrische Klinik als Institutionalisierung dieser Trennung ist; die Vermutung nämlich, daß die Kommunikation in Kliniken 'gestörter' sein muß als anderswo, - oder zumindest die Erwartung, daß Kommunikationsbarrieren in nicht-pathologischen Zusammenhängen leichter zu überwinden seien, oder aber die Barrieren von qualitativ anderer Natur seien. Alle diese Erwartungen sind es indessen, welche Kommunikationswiderstände u.a. etablieren.¹

Systematischen Kommunikationswiderständen, bzw. der Erfahrung mit ihnen, liegt die Erfahrung nicht-geteilter Wirklichkeitsvorstellungen zugrunde; von Fremdheit zwischen Individuen, welche faktisch Umwelt, äußere Realität und Verständigungssymbole gemeinsam besitzen und 'benützen' und trotzdem zu signifikant anderen Ergebnissen in der Beurteilung und im Erleben dieser Wirklichkeit kommen. Eine Personengruppe, welche Fremdheit in extremer Weise repräsentiert und fühlbar macht, sind die psychisch gestörten

1 Genau diesen Fehler vermeidet das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, indem es 'Kommunikation' - mit welchem Ergebnis auch immer - propagiert und dieses Ergebnis als 'heilend' schlichtweg unterstellt.

Individuen. Eine Hinwendung zu dieser Personengruppe ist oft verbunden mit dem zunächst bemühten und geduldigen, schließlich mehr und mehr verzweifelnden und endlich oft scheiternden Versuch 'zu verstehen', diese Wirklichkeit, die wie jede andere Objektivität für sich in Anspruch nimmt, zu teilen. Wenn Verständigung dennoch gelingt, dann immer von der Position des 'Stärkeren' aus, welcher in der Lage ist, seine eigene Wirklichkeit als subjektive auch zu verlassen, um probeweise die Perspektive des anderen einzunehmen. Das Verlassen der eigenen Position, das Wechseln der Perspektive ist also die Voraussetzung für die Verständigung zwischen Individuen, welche eine gemeinsame Wirklichkeit nicht besitzen.

Die therapeutische Gemeinschaft fördert nun ausdrücklich solche Vorgänge des Positionswechsels, indem sie Veränderung von Status- und Rollenbedingungen propagiert und damit systematische Kommunikationswiderstände zunächst einmal benennt, um sie dann in einem idealen Prozeß des 'social learning' (M. Jones) gemeinsam abzubauen. Jeder, der um den schwierigen und langwierigen Abbau solcher Widerstände theoretisch und praktisch sich bemühte, weiß um die Quasi-Unmöglichkeit eines solchen Unternehmens selbst bei prinzipiell vorhandener sozialer Nähe und Consensus-Bereitschaft. Dementsprechend gering ist auch das Interesse, das der therapeutischen Gemeinschaft als Behandlungstechnik im spezifischen Handlungsfeld der Psychiatrie entgegengebracht wird. Am 'kranken Individuum' festzumachende Methoden der Beeinflussung, seien es nun pharmakologische, chirurgische oder therapeutische Interventionen, erwiesen sich auf die Dauer als 'effektiver' im Sinne von 'kontrollierbarer' und mit den Handlungszielen der Institution vereinbarer. Das soziale Agens der therapeutischen Gemeinschaft war in dem Handlungsfeld, in dem diese entstand, stets ein wenig faßbares Phänomen und entzog sich der wissenschaftsspezifischen Behandlung. Die spezifische Leistung der therapeutischen Gemeinschaft ist vermutlich in ihrem eigentlichen Anwendungsgebiet gar nicht voll auszuschöpfen bzw. evtl. gar nicht zu realisieren, wenn nicht bestimmte soziostrukturelle Bedingungen, welche auch die Psychiatrie als Wissenschaft und Institution grundlegend problematisieren, dies ermöglichen.

Das Konzept der kollektiven Überwindung systematischer Kommunikationswiderstände, welches die spezifische Leistung therapeuti-

scher Gemeinschaften ist, beruht auf der Erfahrung von nicht-geteilter Wirklichkeit. Die Annahme nämlich, daß verschiedene Wirklichkeitsvorstellungen nebeneinander existieren (wie z.B. die 'kommunikativen Inhalte' psychischer Störungen) wird zum Ausgangspunkt von Überlegungen gewählt, wie und in welchen Formen die daraus resultierenden Kommunikationsbarrieren (welche sich zwischen den verschiedenen Wirklichkeitskonzepten aufrichten) zu überwinden seien. Wenn nun weiter angenommen wird, daß die Trägerschaft von Wirklichkeitskonzepten sich an Rollen festmacht, - wobei der Träger von abweichenden, unüblichen Wirklichkeitskonzepten aufgrund von hier nicht weiter zu diskutierenden sozialen Prozessen zum 'Patienten' wird, während diejenige Personengruppe, welche prinzipiell in der Lage ist, das eigene Konzept von Wirklichkeit zu 'überspringen' und sich in fremde Wirklichkeiten einzufühlen, dies u.a. in der Rolle des 'Therapeuten' tun kann, so wäre bereits eine prinzipielle Kommunikationsbarriere erkannt. Die therapeutische Gemeinschaft wäre dann nichts weiter als eine Sammlung von Techniken zur Überwindung dieser Kommunikationsbarrieren: Nicht umsonst gehört es zum Programm jeglicher therapeutischer Gemeinschaft, ständig und um jeglichen Problembereich herum Versammlungen und 'meetings' einzuberufen, welche keine andere Funktion haben, als die unterschiedlichen Wirklichkeitskonzepte immer wieder zu konfrontieren, und zwar als gleichwertige. Die dann jeweils erreichte Gemeinsamkeit wäre ein geglückter Verständigungsversuch zwischen nicht-geteilten Wirklichkeiten.

Daß eine solche exemplarische Erfahrung über den begrenzten Rahmen eines relativ autonomen Sozialzusammenhangs, wie ihn die psychiatrische Klinik darstellt, hinaus von eminenter Bedeutung für das Zusammenleben von Individuen in einer sich in Subkulturen und Sondergruppen immer stärker differenzierenden Gesellschaft sein kann, ist unmittelbar einleuchtend. Und zwar eben nicht in dem, im Rahmen des psychiatrischen Handlungsmodells immer wieder angenommenen, Sinne von Heilung krankhafter Abweichung, sondern im Sinne von Verständigung zwischen nicht-geteilten Wirklichkeiten. In diesem Sinne ist die therapeutische Gemeinschaft gerade nicht Therapie, sondern eine Technik zu ihrer Überwindung. Während Therapie die Erfahrung von nicht-geteilter Wirklichkeit eliminiert, indem sie die krankhafte Abweichung behandeln und heilen

will, lößt die therapeutische Gemeinschaft diese Erfahrung intakt und stellt lediglich Techniken bereit, wie diese Erfahrung in einen erweiterten Zusammenhang des 'Sich-Ständig-Begegnen-Müssens' zu integrieren sei. Auf diese Weise wird nicht die fremde, andere, 'abweichende' Wirklichkeitsvorstellung überwunden, sondern nur die Barriere, die zwischen der 'eigenen' und der 'abweichenden' Vorstellung von Wirklichkeit liegt, und Verständigung zwischen Wirklichkeiten mit einem jeweils subjektiv zu legitimierenden Anspruch auf 'Objektivität' verhindert. Kommunikationswiderstände im persönlich relevanten Alltagsbereich dürften auf prinzipiell ähnliche Weise anzugehen sein. Sind diese Widerstände institutionalisiert, also in Rollen verfestigt, so wäre die Übertragbarkeit der Erfahrungen therapeutischer Gemeinschaften, verstanden als Reflektion über systematische Kommunikationsbarrieren und als Bereitstellung von Techniken zu ihrer Überwindung, auf andere verfestigte Sozialsituationen zu überprüfen. Wobei allerdings, wie im Falle der therapeutischen Gemeinschaft, die in Frage stehende Institution prinzipiell bereit sein muß, sich in einen Reformprozeß hineinzugeben.

II. Die Krise der Psychiatrie

1. Problematisierung vs. Neuformulierung des 'Patienten-Status'

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ist ein Ergebnis eines innerhalb wie außerhalb der Institution 'Psychiatrie' stattfindenden krisenartigen Prozesses, welcher die Personenkategorie der psychisch Gestörten und deren soziale Situation gesellschaftlich sichtbar machte. Ohne die gesamte Diskussion referieren zu wollen, sei nur kurz darauf verwiesen, daß im Rahmen dieser Diskussion die soziale Lage der psychisch gestörten Personen, und zwar unabhängig von der Tatsache der Hospitalisierung, als Artefakt der gesellschaftlichen Situation betrachtet wird. Im Rahmen der auf breiter Grundlage von allen sozialwissenschaftlichen Disziplinen geführten Diskussion um das psychiatrisch-medizinische Krankheitsmodell, an die sich erste Versuche der Formulierung eines sozialwissenschaftlich begründeten Krankheitsmodells anschlossen (vgl. dazu: H. Keupp, Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München/Wien/Berlin 1972) wurde auch dem Patienten und seiner Rolle innerhalb der Klinik vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt.

1.1. Der Beitrag sozialwissenschaftlicher Forschung zur Klärung des 'Patientenstatus' innerhalb psychiatrischer Institutionen

Einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Problematisierung und evtl. Neuformulierung des institutionell-psychiatrischen Selbstverständnisses lieferten die etwa in den 50-er Jahren dieses Jahrhunderts vor allem in den USA begonnenen Analysen psychiatrischer Institutionen. Diesen soziologisch-sozialpsychologischen 'Institutionsanalysen' verdankt die sozialwissenschaftliche Forschung Einsicht in jene Strukturen, die in Folge zu 'verändern' die Absicht u.a. des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft war.

Zu jenem Zeitpunkt, als das Interesse der Sozialwissenschaftler für die 'Psychiatrie' sich konstituierte, waren die

psychiatrischen Krankenhäuser der USA, wie heute noch in Zentraleuropa, riesige, an der Peripherie der Städte liegende Gebäudekomplexe, in denen oft Tausende von Patienten lebten, über deren Lebensform oder soziales Schicksal wenig oder nichts bekannt war. Die Verwandten der zum größten Teil langfristig Hospitalisierten mieden den Kontakt mit der Institution, an andere Besucher oder Interessierte war ohnehin nicht zu denken. Die Patienten wurden betreut/bewacht von einer geringen Anzahl von Wärtern und Ärzten - beide Gruppen waren unterbezahlt und hatten einen relativ niedrigen Sozialstatus. Die psychiatrischen Kliniken waren Orte, an denen die Zeit stillstand; über Jahrzehnte änderte sich wenig oder nichts: Die Patienten wurden in die Klinik gebracht - viele starben, einige wurden geheilt, aber die meisten verbrachten dort ihr ganzes Leben; 'verrückt' und dekompenziert, entweder aggressiv-gewalttätig oder apathisch-halluzinatorisch. Daß in europäischen Großkrankenhäusern, von wenigen Ausnahmen abgesehen, auch heute noch ähnliche Verhältnisse herrschen, zeigt ein Zitat des deutschen Psychiaters K.-P.Kisker:

Dort wurde und wird ihnen (den Patienten, E.P.) bis heute eine pseudohumane Minimumversorgung serviert, über deren Armseligkeit wir uns solange gern hinwegtäuschen, bis wir einen nahestehenden Angehörigen aus Geldgründen nicht in der nächsten privaten Nervenklinik, sondern in einem der staatlichen Großkrankenhäuser unterbringen müssen ¹

- An 'Kommunikation' mit dieser als unzugänglich und unzurechnungsfähig bezeichneten Personenkategorie war nicht zu denken - von keiner der in der Klinik lebenden und arbeitenden Gruppen: - 'Irrenwärter' zu sein, verlangte keine weitere Qualifikation als kräftige Muskeln, um die Patienten gegebenenfalls zu überwältigen, zumal vor der Entdeckung der Psychopharmaka die Arbeit eines Irrenwärters keineswegs ungefährlich war.
- Die Haltung der Ärzte gegenüber Hunderten von 'chronischen' Patienten mußte Resignation sein; man hielt die psychische Störung für eine unheilbare, vererbte Gehirnkrankheit, für

1 K.-P.Kisker, Die Verrücktheit, die Armut und wir, in: Der Nervenarzt, Heft 3/67, 90

deren Behandlung noch keine medizinischen Konzepte entwickelt waren. Eine so weit wie möglich 'humane' Form der Aufbewahrung war die einzige Möglichkeit, sinnvolle Arbeit zu leisten - wenn man davon absah, daß es unmöglich war, bestimmte Rituale gewalttätigen Charakters, wie Zwangsjacke, Fixierungen und geschlossene Türen abzuschaffen.

- Von den Patienten kam aufgrund ihrer Deprivation und sozialen Isolation keinerlei Anregung zur Veränderung der Situation - auch sie schienen den Status quo eher zu wollen als irgendwelche unabsehbaren Veränderungen.

Die Zusammenfassung der psychisch Gestörten in anstaltsmäßigen Organisationen ist eine sozio-kulturell bedingte Form der 'gesellschaftlichen Aktion'¹ gegenüber dieser Personengruppe. Die Psychiatrie als zur Bearbeitung psychischer Störungen eingesetzte Wissenschaft und ihre Institutionalisierung sind der soziale Ort, der den psychisch Gestörten 'im Sozialverkehr zugeordnet wird'². Ausgangspunkt, aber auch Kriterium der Ausgrenzung dieser Personenkategorie aus allen sozialen Bezügen (Familie, Arbeitsbereich, Gemeinde etc.) ist ein zunächst nur allgemein beschreibbares 'abweichendes Verhalten', eine unspezifische Normbedrohung, die nicht mit den klassischen Bezeichnungen Verbrechen, Perversität, Alkoholismus/Drogenabhängigkeit belegt werden kann. Im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Paradigmas wurde diese Abweichung mit der allgemeinen Kategorie 'Krankheit' belegt³, was zur Folge hatte, daß die Abweichenden in den Genuß medizinisch-technischer Hilfeleistung und Versorgung kamen. Diese bedeutete ohne jeden Zweifel eine humanisierende Einstellungsänderung gegenüber dem sozialen Problem der Abweichenden. Allerdings war die medizinische Interventionsmöglichkeit von vorneherein begrenzt auf Versorgungs- und Pflegeaspekte, da im Zusammenhang mit der Subsumierung psychischer Störung unter das Handlungsschema der naturwissenschaftlichen Medizin, und der Definition psychischer Störung als 'Geistes- bzw. Gehirnkrankheit', deren

1 P.Runde, op.cit, 12

2 P.Runde, op.cit., 12

3 mit der Vorstellung eines tatsächlich vorhandenen körperlichen Defekts im Hintergrund, welcher durch die naturwissenschaftliche Forschung lediglich noch nicht aufgedeckt sei

aktuelle, evtl. definitive Unheilbarkeit postuliert wurde: eine Medizin, die zwar versorgen, aber nicht 'heilen' konnte, nahm sich der psychisch Gestörten an.

Fortschritte in der Behandlung psychisch Gestörter im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Handlungsschemas konnten somit nur von den Forschungsaktivitäten der biologischen Medizin erwartet werden. Aus diesem Grunde vollzogen auch die 'körperlichen Behandlungsmethoden' einen ersten Einbruch in die statische Welt der psychiatrischen Großkrankenhäuser: Hier ist insbesondere die Insulin-Coma-Therapie zu erwähnen, die neben der medikamentösen und der Elektro-Konvulsions-Therapie neue Begeisterung unter den Psychiatern und dem Pflegepersonal schuf. Endlich konnte man etwas 'tun'. Patienten mit besonderer, für die Behandlung geeigneter Symptomatik wurden auf die Insulin-Einheiten verlegt; Ärzte und Pfleger, die den Wunsch hatten, etwas zu 'verändern', ließen sich zu diesen, als fortschrittlich errichteten Einheiten überstellen.

Erst in den 50-er Jahren begann man sich für das Milieu zu interessieren, in dem diese Therapien stattfanden:

This is seen strikingly in the story of insulin-coma-therapy. Introduced by Sakel in 1936, it was widely adopted as a form of treatment for patients suffering from schizophrenia. Many chronically ill patients, given up as hopeless, made dramatic recoveries; many acutely ill patients recovered much quicker than was expected. Because it was a dangerous and occasionally fatal treatment, a well-organized and highly trained staff team was necessary ... (...) To a visitor it was striking how different the relationships in a good insulin unit were from the rest of the hospital. The staff were on easy, confident terms with one another, with private jokes and a special jargon; the patients were spoken to warmly by their Christian names, spoon-fed, and encouraged; ... (...) This treatment continued in vogue for nearly twenty years, despite a few critical voices. Then Bourne¹ voiced the growing challenge and Ackner, Horris and Oldham², in a classic study, showed that whatever the effective agent was, it was not the insulin. Attention then turned to the intensive group experiences provided in an insulin unit and the possibility of understanding and using them³

1 H.Bourne, The Insulin Myth, Lancet 1953

2 Ackner, Harris and Oldham, Insulin Treatment of Schizophrenia, Lancet 1957

3 D.Clark, Administrative Therapy, London 1964,6

Clark beschreibt die Insulin-Coma-Therapie als Beziehungssituation zwischen den beteiligten Ärzten, Pflegern und Patienten. Was sie verbindet, scheint vor allem der gemeinsame Glaube an eine neue Therapieform zu sein, deren in der Folge dramatische Wirkung sich im Sinne einer 'self-fulfilling prophecy' herstellt: der Mut der Ärzte und Pfleger, sich auf eine neue, manchmal gefährliche, ja tödliche Form der körperlichen Behandlung von psychischer Störung einzulassen, überträgt sich auf die zu Behandelnden im Sinne einer Verstärker-Wirkung und aktiviert deren Wünsche nach einer positiven Veränderung der eigenen Situation. Der Erfolg der Insulin-Therapie wiederum schafft neue Hoffnungen auf eine endliche Heilungschance für die psychische Störung. Was Clark jedoch vor allem hervorhebt, ist die veränderte Beziehungsstruktur und vor allem wohl eine Veränderung der Beziehungsinhalte im Rahmen dieser 'therapeutischen Gemeinschaften': allem Anschein nach waren die Beziehungen in den Insulin-Einheiten personal geprägt. Patienten wurden bei ihrem Vornamen angesprochen, Status-Hierarchien waren aufgehoben zugunsten einer gemeinsamen Arbeit, deren Erfolg dem Krankenhaus-Personal ebenso diente wie den Patienten. Der 'effective agent' in der Insulin-Coma-Therapie konnte jedoch erst in dem Moment als wirksam erkannt werden, als man sich von seiten der Sozialwissenschaften der Krankenhausstruktur als möglichem Beeinflussungsfaktor des Krankheitsverlaufs zuwandte. Im Rahmen dieser Beobachtungen - es handelte sich um großangelegte empirische Studien über die Interaktionsgewohnheiten der im Krankenhaus lebenden und arbeitenden Gruppierungen - wurde das Krankenhaus als spezielle 'Kultur' betrachtet, die alle in ihr lebenden Individuen und deren Verhalten nachhaltig prägte. Das soziale pattern des psychiatrischen Krankenhauses wurde in einer Fülle wichtiger Untersuchungen beobachtet und beschrieben, von denen hier nur zwei, bereits klassisch gewordene, Studien erwähnt werden sollen.

Da ist zunächst Dunham/Weinbergs Studie über das 'Columbus State Hospital'¹, in der auch Dunhams bereits 1948 mit Bate-

1 W.Dunham/S.K.Weinberg, The Culture of the State Mental Hospital, Detroit 1960

man erarbeitetes Konzept der 'employee culture' wieder veröffentlicht wurde¹. Dunham hatte entdeckt, daß die 'employee culture' des psychiatrischen Krankenhauses mit ihrem custodialen Pessimismus die Krankheit der Patienten negativ beeinflusste und deren Heilungschancen minderte. Dieser Gedanke wurde später von Belknap wieder aufgegriffen (vgl.S.19,40). Bereits im Jahre 1954 war die vielleicht wichtigste, in jedem Fall bekannteste Institutionsanalyse erschienen: Stanton/Schwartz' Untersuchung des 'Chestnut-Lodge'-Sanatoriums in Maryland². Das Krankenhaus selbst war als psychoanalytisch orientierte Privatklinik vielleicht untypisch, doch der Untersuchungsansatz war neuartig und bot den in anderen Kliniken arbeitenden Psychiatern wesentliche Einblicke in die Struktur der Institution. Stanton/Schwartz prägten den Begriff der 'total culture', den später Goffman modifiziert übernahm; sie zeigten die in der Klinik bestehenden formellen und informellen Strukturen auf, und die über diese Hierarchien sich bildenden Informationskanäle, - vor allem aber wurde deutlich, wie die Klinik als 'soziale Einheit' in dem Sinne wirkte, daß die Reaktionsweisen der verschiedenen Gruppen ineinandergreifen und sich wechselseitig beeinflussen mußten. Die wichtigste Entdeckung Stanton/Schwartz' auf dem Wege zu einem sozialwissenschaftlich fundierten Krankheitsmodell war die Analyse und Interpretation des 'triangular conflict':

Der tringuläre Konflikt entsteht immer zwischen einem Patienten, der in einer Krise steckt und besonders fordernd ist und einem Mitglied des 'staff', welches sich zu sehr engagiert bzw. mit dem Patienten identifiziert, sich also zum Sprecher von dessen Bedürfnissen macht und damit einen Bruch mit dem in der Klinik arbeitenden Personal riskiert.

Stanton/Schwartz griffen diesen Konflikt, der oftmals dramatisch mit dem Weggang des 'too involved' endet, auf und beschreiben ihn als grundlegend sozialen Konflikt, der sich unabhängig von der sich verschärfenden persönlichen Krise des Patienten entfaltet. Stanton/Schwartz zeigten nämlich, daß es sich dabei nicht um eine dyadische Beziehung zwischen Patient und Therapeut/Mitglied des Personals handelt, sondern, daß noch eine dritte

1 J.F.Bateman/W.Dunham, The State Mental Hospital as a Specialized Community Experience, Amer.J.Psychiat., 1948

2 A.Stanton/M.Schwartz, The Mental Hospital, New York 1954

Person mitbeteiligt ist, meist ein Personalmitglied gleichen Ranges. Die Protagonisten können zwei Ärzte sein, zwei Pfleger oder ein Arzt und ein Mitglied des Personals in etwa gleichrangiger Machtposition.

Stanton/Schwartz zeigten, daß die Krise des Patienten ursprünglich eine Konfrontation zweier Therapeuten war, die sich über die Beurteilung der Persönlichkeit des Patienten nicht einigen konnten und/oder verschiedene Behandlungsmethoden vorschlugen, von denen sich nur eine durchsetzte.

Derjenige, dessen Therapieversuch nicht akzeptiert worden war, fühlte sich zunehmend isoliert und begann sich mit dem Patienten zu solidarisieren, in der Meinung, nur er 'könne den Patienten verstehen'. Diese starke Identifizierung führte schließlich zu einer Krise des Therapeuten.

Stanton/Schwartz machten den Vorschlag, einen solchen Konflikt schon bei seiner Entstehung anzugehen und sich der Konfrontation der unterschiedlichen Ansichten zu stellen, ohne den Patienten miteinzubeziehen.

Damit wurde zum erstenmal der Patient als interagierendes Mitglied einer gemeinsam zwischen den verschiedenen Gruppen herstellbaren Kommunikationsstruktur betrachtet.

Zu erwähnen wäre noch I. Belknaps Studie 'Human Problems in a State Mental Hospital', (New York 1956), die in dem von ihm untersuchten Krankenhaus sechs Hierarchieebenen feststellte, wobei jedes Mitglied des Krankenhauses, unabhängig von der Tatsache der Krankheit, seinen genauen Platz im Rahmen der Hierarchie angeben konnte, einschließlich der mit dieser Position zusammenhängenden Privilegien, Gratifikationen, Forderungen und Sanktionen. Ferner formulierte Belknap eine später von E. Goffman ¹ aufgegriffene Überlegung, nämlich die der Ähnlichkeit von Einstellungen und Haltungen zwischen 'Langzeit-Pflegern' und 'Langzeit-Patienten'. Auch Goffman hatte die Beobachtung gemacht, daß alle möglichen Beschränkungen des Kontaktes zwischen beiden Gruppen ² dazu beitragen, 'to maintain the antagonistic stereotypes' ³; aber er stellte auch fest, daß dies nicht immer leicht fällt: 'Inmates tell of times they were mistaken for staff members and carried off the misidentification for a while, or of times they mistook a staff member for an inmate; staff persons similarly recount

1 E. Goffman, Asylums, New York 1961

2 E. Goffman spricht vergrößernd von zwei in der Klinik vertretenen Gruppen

3 E. Goffman, Asylums, London 1968, 20

times when they were mistaken for inmates (...) I assume these identity concerns point to the difficulty of sustaining a drama of difference between persons who could in many cases reverse roles and play on the other side' ¹

1.1.2. Das Konzept der 'total institution'

Goffmans Begriff der 'total institution' gründet sich auf die Beobachtung, daß in der 'totalen Institution', im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen Bereichen, eine grundlegende soziale Ordnung außer Kraft gesetzt ist, nämlich 'that the individual tends to sleep, play, and work in different places, with different co-participants, under different authorities, and without an overall rational plan' ². In totalen Institutionen sind die Schranken, die diese Lebensbereiche normalerweise voneinander trennen, aufgehoben: 'First, all aspects of life are conducted in the same place and under the same single authority. Second, each phase of the member's daily activity is carried on in the immediate company of a large batch of others ... (...) Third ... the whole sequence of activities being imposed from above by a system of explicit formal rulings and a body of officials. Finally, the various enforced activities are brought together into an single rational plan purportedly designed to fulfill the official aims of the institution' ³.

Die grundlegende soziale Ordnung, die Goffman als Merkmal moderner Gesellschaften angibt, wird von ihm als gegeben angenommen und nicht näher analysiert. So stellt er nicht die Frage, wie es zu der Trennung der verschiedenen Lebensbereiche kommt, die überall außer in der 'total institution' durchgeführt worden ist im Sinne eines 'basic social arrangement' (s.17). Der Grund für das Auseinanderfallen der Lebensbereiche in modernen Gesellschaften liegt in der Sozialverfassung der Industriegesellschaften, welche eine allgemeine Arbeitspflicht durchgesetzt haben und spezialisierte Gruppen von arbeitswilligen/arbeitsfähigen Individuen in Großorganisationen zusammenfaßte, um Arbeitsabläufe rationalisieren zu können. Die anstaltsmäßige Zusammenfassung von arbeitsunwilligen/arbeitsunfähigen Individuen ist nach dem gleichen Modell or-

1 E.Goffman, a.a.O., 104/105

2 E.Goffman, a.a.O., 17

3 E.Goffman, a.a.O., 17

ganisiert und ergibt sich, ebenso wie die Trennung der Lebensbereiche, aus der eben angeführten Sozialverfassung der Industriegesellschaften. Dieser Hinweis fehlt bei Goffman, er begnügt sich mit der Feststellung der Existenz 'totaler Institutionen' und deren Beschreibung. Desweiteren wird nicht vollständig klar, was Goffman mit den 'Mitgliedern' (members) totaler Institutionen meint. Naheliegender wäre, Mitglieder mit 'Insassen' (inmates) gleichzusetzen, doch wenn Goffman von 'single rational plan' spricht, so gilt die zwangsweise Durchführung dieses Planes doch wohl ebenso für die Insassen wie die von ihm so bezeichneten 'Funktionäre' (body of officials). Die von Goffman zu Beginn angesprochene 'same single authority' wiederum trifft z.T. die Insassen, aber auch einen Teil der 'Funktionäre'. Kurzum, wenn man das von Goffman formulierte zentrale Merkmal totaler Institutionen auf die traditionelle psychiatrische Klinik anwendet, so stellt man fest, daß Goffmans Beschreibungskriterien nicht in der Lage sind, die tatsächlich vorhandene Sozialstruktur einer psychiatrischen Klinik systematisch zu erfassen. Die zentralen Merkmale totaler Institutionen machen die unterschiedlichen Positionen der in ihnen vertretenen Personengruppen nicht klar: Weil ungenau definiert wird, was Mitgliedschaftsbedingung in der totalen Institution ist, wird auch nicht deutlich genug, wer die Mitglieder sind. Goffman begnügt sich mit der Feststellung, daß sich in totalen Institutionen zwei Gruppen gegenüberstehen, zwischen denen '... social distance is typically great and often formally prescribed' (s.19). Die Gruppe des Personals arbeitet auf der Basis des Acht-Stunden-Tages und ist sozial in die Außenwelt integriert, während die Gruppe der Insassen zu der Welt außerhalb der Anstaltsmauern nur einen sehr beschränkten Kontakt aufnehmen kann. Diese beiden Gruppen leben in zwei verschiedenen Welten: Goffman unterscheidet 'inmate world' und 'staff world'. Zweifellos stehen sich in der psychiatrischen Klinik als dem hier geltenden Modellfall einer totalen Institution zwei Gruppierungen gegenüber, jedoch sind diese noch einmal im Sinne einer Hierarchie differenziert. Goffman, so scheint es, ist seinem eigenen 'antagonistic stereotype' auf den Leim gegangen. Selbst wenn man die Beziehung der Institution bzw. ihrer Mitglieder zur Außenwelt vernachlässigt, scheinen mir die Strukturen psychiatrischer

Kliniken mit der Benennung zweier Personenkategorien und deren systematischem 'Gegeneinander' zu starr und statisch beschrieben zu sein.

Goffmans Beobachtungen zur Funktion der Gruppentherapie im Rahmen der totalen Institution 'Psychiatrie' geben dann allerdings Anlaß zu weiterreichenden Überlegungen, nämlich der Frage, ob nicht verschiedene Typen totaler Institutionen angenommen werden müssen, welche Unterscheidungen nach dem Grad der Liberalisierung zulassen würden. Goffman bezeichnet unter dem Titel 'Institutional Ceremonies' die verschiedenen Formen von Selbstverwaltung und Gruppentherapie als 'role release' auf Zeit, welche allerdings einen Vertrag zwischen Insassen und Personal zur Grundlage hat, und den Insassen das Recht gibt, 'of spending some time in a relatively 'unstructured' or equalitarian milieu' (s.92).

Rollenbefreiung ist mit den verschiedenen, von Goffman genannten Merkmalen totaler Institutionen nicht vereinbar, also muß ein liberalisierter Typ von totaler Institution angenommen werden, in dem aber auch der von Goffman hypostasierte 'antagonistische Stereotyp' relativiert werden muß. Goffman wundert sich anschließend, daß die 'Rollenbefreiungen' kaum irgendwelche Solidarität zwischen Personal und Patienten schaffen, obwohl das 'übliche soziale Drama' außer Kraft gesetzt ist. Offenbar verhindern aber genau jene Mechanismen der Rollenbefreiung auf Zeit, daß das soziale Drama auch durchsichtig gemacht wird (vgl. V.)

1.1.3. Diskussion

Goffmans Darstellung der 'total institutions' erscheint mit als ein theoretischer Ansatz, auf den sich zwar eine Analyse stellen läßt, die tiefer in die Struktur der psychiatrischen Institution eindringen möchte; welcher aber aus sich heraus wenig Erklärungswert besitzt - wenn man von der Fülle des gesammelten Materials absieht. Der grundsätzliche Zweifel setzt schon da an, wo man fragen möchte, ob - gesehen unter dem Gesichtspunkt der Mitgliedschaftsbedingungen und dem Grad der Freiwilligkeit/Unfreiwilligkeit sowie der Dauer des Aufenthalts - die Struktur einer psychiatrischen Institution wirklich mit der eines Klosters, einer militärischen Ausbildungsstätte oder eines Internats identisch ist. Von der sozialen Situation der Insassen her gesehen, würde sich Goffmans Analyse noch am ehesten mit den Aufenthaltsbedingungen von

psychiatrischen und Gefängnis-Insassen decken. Wenn man die 'Aufnahmebedingungen' als Kriterium annimmt, so ist beim Gefängnis und bei der Klinik das Moment von Ausschluß aus sozialen Bezügen deutlich und wird mit dem Übertritt in die Institution sanktioniert, während dieses Kriterium mit Einschränkungen für das Kloster (freiwilliges Ausscheiden eher als Ausschluß), auf keinen Fall aber für das Internat oder die militärische Ausbildungsstätte gilt. Das 'Stigma' nach der Entlassung wiederum gilt für ehemalige psychiatrische Patienten und Gefängnis-Insassen in erheblichem Maße, bei ehemaligen Kloster- oder Kasernen-'Insassen' nur im Falle der unehrenhaften Entlassung. Doch ist eine solche Entlassung der Ausnahmefall und anderer Natur als die Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik: Durch den Aufenthalt in einem Kloster oder einer Kaserne entsteht m.E. in keinem Falle eine Stigmatisierung, die über den Aufenthalt hinausreicht.

Goffman selbst hat an anderer Stelle den Versuch unternommen¹, die soziale Stellung von psychisch gestörten Personen (außerhalb von Kliniken) über die Analyse des Prozesses der Stigmatisierung zu systematisieren. Stigma resultiert laut Goffman nicht aus dem Wesen oder der Natur bestimmter Personen, sondern aus Bewertungen der Verhaltensweisen dieser Personen, für welche allgemeine Identitätswerte oder Identitätsnormen die Grundlage bilden. Identitätswerte und die daraus resultierenden Identitätsnormen erzeugen also sowohl Abweichung wie Konformität. In 'sozialen Alltagssituationen' werden diese normativen Erwartungen an das Verhalten des einzelnen aktualisiert, aber sie sind nicht nur aus der sozialen Alltagssituation zu begreifen, d.h. sie entstehen nicht dort. P. Run- des Kritik an Goffmans sozialpsychologischem Ansatz setzt da ein, wo dieser zwar die Stigmatisierung als sozialen Prozeß schildert und den gemeinsamen Hintergrund der Identitätswerte und -normen thematisiert, ihm aber 'die strukturellen Bedingungen ihrer Setzung bzw. Durchsetzung' ebenso irrelevant seien wie 'die Fragen der generellen Erfüllbarkeit'² dieser Identitätsstandards.

1 E.Goffman, Stigma, Frankfurt 1967

2 P.Runde, op.cit., 45/46

Eine ähnliche Kritik ist im vorliegenden Fall zutreffend: die strukturellen Bedingungen des Zustandekommens bzw. der Aufrechterhaltung 'totaler Institutionen' werden niemals explizit gemacht. Trotz immer wieder spürbarer sozial-kritischer Absicht (vgl. bes.: Das ärztliche Berufsmodell und die psychiatrische Hospitalisierung) muß Goffman die Frage 'sozialpolitischer und sozialreformerischer Eingriffsmöglichkeiten' (Runde) vernachlässigen, da der gesellschaftliche Hintergrund - sowohl der Stigmatisierung als auch deren institutioneller Folgen - verschwommen und undefiniert bleibt, bestenfalls als statisches Moment des 'Es-ist-einfach-da-und wird auch-immer-so-Bleibens' denkbar wird. So sind die prekären und ständig gefährdeten Nicht-Beziehungen zwischen psychiatrischem Personal und psychiatrischen Patienten im Rahmen der Institution nicht etwa Ergebnis der 'Inszenierung eines Unterschiedes' ('staging a difference'), d.h. sie sind eben nicht auf die soziale Situation der Klinik beschränkt, wohl ihre hochritualisierte Form; sondern sie sind die institutionelle, d.h. normativ verfestigende Weiterführung von gesamtgesellschaftlich vertretenen Verhaltensstandards bzw. die Reaktion auf ihre Nicht-Erfüllung. Und da das Personal, wie Goffman ganz richtig sagt, nicht ständig in der Klinik lebt, sondern sozial in die Außenwelt integriert ist, ist es ebenso Träger normativer Erwartungen den Patienten gegenüber. Die gesellschaftliche Macht der Durchsetzung der angesprochenen Verhaltensstandards - die auf Identitätswerten und -normen beruhen - ist an das psychiatrische Personal delegiert bzw. zur Verwaltung übergeben, und dieses begnügt sich keineswegs damit, einen Unterschied für die Zwecke der Institution zu inszenieren, denn die gesellschaftliche Arbeit des psychiatrischen Personals ist gesamtgesellschaftlich legitimiert. Mit dem Begriff der 'Inszenierung eines Unterschiedes' sind bestenfalls zusätzliche Klinikrituale zu beschreiben. Es scheint so, als wolle Goffmans Ansatz eine sozialstrukturelle Analyse ausschließen¹, denn mit der Vernachlässigung der strukturellen Bedingungen institutionellen Handelns ist die 'totale Institution Psychiatrie' tatsächlich nichts wesentlich anderes als eine riesige Bühne, auf der psychiatrisches

1 vgl. A.Gouldner, Die westliche Soziologie in der Krise, Hamburg 1974, s. 453

Personal und Insassen sich gegenseitig ihren Part vorspielen; wobei ein gelegentlicher Rollentausch aufgrund der intimen Kenntnis der jeweils entgegengesetzten Partie und des langfristigen Zusammenspiels der Akteure jederzeit möglich scheint.

1.1.4. Abschließende Überlegungen

Im Rahmen dieses Überblicks über den Beitrag der Sozialwissenschaften zur Klärung der Rolle des Patienten und seines Status im Sozialzusammenhang der psychiatrischen Klinik seien noch jene Untersuchungen erwähnt, die den Begriff der 'institutional neurosis' ¹ prägten, und die dafür sorgten, daß sich das sozialwissenschaftliche Interesse der typischen Ausprägung psychiatrischer Krankheitsbilder, wie sie bei langjährigen Klinik-Insassen sichtbar wurden, zuwandte. D.Clark sagt zusammenfassend über die Ergebnisse jener Untersuchungen zur Beschreibung psychiatrischer Krankheitsbilder als Anstalts-Artefakte:

They have shown that it does grave harm to the patients by increasing their social withdrawal, their dependence, and their crippledom, and they have suggested that much of what we see in the 'typical back-ward chronic' was the result, not of his schizophrenia, but of the way he had been 'looked after' for several decades' ²

Wenn man nun die zentrale Aussage der erwähnten empirischen Untersuchungen über die Systemeigenschaften psychiatrischer Kliniken vereinheitlichen möchte, so geben sie, mehr oder weniger explizit, allesamt Hinweise auf die soziale Situation der Patienten in einem größeren Sozialzusammenhang, sowie auf den Einfluß, den diese Situation haben kann für ihre psychische Verfassung (meist: Krankheitsverlauf), für die Definition der Störung (Diagnose) und für die zukünftigen Chancen des Patienten, außerhalb der Klinik leben zu können (Prognose). Da die Institution 'Psychiatrie' ihr Arbeitsziel definiert als den Versuch der Heilung/Besserung des Patienten, so ist es durchaus mit den institutionellen Zielen zu vereinbaren, wenn der sozialen Situation 'psychiatrisches Krankenhaus' und dessen spezifischer Interaktionsstruktur eine stärkere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dies soll geschehen u.a.

1 W.E.Barton, Institutional Neurosis, Bristol 1959

2 D.Clark, a.a.O., 15

im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, welche sich ausdrücklich mit der Beziehungssituation im Sozialzusammenhang der Klinik befaßt und Milieufaktoren als therapeutisches Agens einsetzt.

1.2. Der Erklärungswert sozialhistorischer Betrachtungsweisen für die Entstehung des Patienten-Status

P.Runde ¹ hat den Versuch unternommen, die soziale Situation der psychisch gestörten Personenkategorie sozialhistorisch zu analysieren, in deren Folge sich die institutionalisierte Psychiatrie und mit ihr der im Klinikzusammenhang relevante Status 'Patient' entwickelte. In Weiterführung des Ansatzes von K.Dörner ² betrachtet Runde die Entwicklung zur 'bürgerlich-kapitalistischen Wirtschaftsgesellschaft und/oder die Aufklärung' (s.23) als die wesentlichste geisteswissenschaftliche Ursache der Ausgliederung oder Stigmatisierung dieser Personenkategorie. Als Verursachungsfaktoren für die Ausgrenzung der 'Ausdrucksformen des bürgerlich Unvernünftigen, die auch den Gegenstand der Psychiatrie markieren' (s.23), nennt er durch die bürgerliche Öffentlichkeit getragene Aufwertung der Ratio, und die damit eingeleitete Veränderung des Stellenwerts des Individuums. Bei der Beschreibung der gesellschaftlichen Prozesse, welche zu einer neuen Sichtweise und Bedeutung des 'Subjekts' führen, bezieht sich Runde auf ein von

1 P.Runde, op.cit., 23 ff

2 K.Dörner, Bürger und Irre, Frankfurt 1969
(vgl. auch M.Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt/Main 1969)

Da Dörner sich in seinen sozialhistorischen und wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Entstehungsbedingungen der Psychiatrie in ihrer jetzigen Ausprägung, bis zur Subsumption des sozialen Problems der psychischen Störung unter das medizinische Denk- und Handlungsschema beschränkt, soll er im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter zur Sprache kommen. Erwähnt werden sollte aber, daß Analysen dieser Art den Prozeß der Selbstreflektion psychiatrischer Institutionen erheblich erleichterten und vorwärtstrieben. Das Gleiche gilt für Foucaults Ansatz der Erklärung gesellschaftlicher Reaktionen auf das Problem des 'Wahnsinns'. Beide Analysen fördern aus der 'wissenschaftlichen' Sprache der heutigen Psychiatrie die unbewußten tradierten Inhalte der Einstellung psychisch gestörter Personen gegenüber zutage und erklären damit das Problem der psychischen Störung eher aus der Kategorie des Ausschlusses als aus der von 'Krankheit'.

N.Elias¹ erarbeitetes breiteres theoretisches Konzept. Die Rezeption dieser Gedankengänge verdient im Rahmen dieser Arbeit eine ausführlichere Diskussion. Elias' theoretischer Ansatz sei zunächst kurz dargestellt.

N.Elias bemüht sich um eine Vermittlung des 'gesellschaftlichen Prozesses der Zivilisation' mit einer 'Veränderung des menschlichen Verhaltens in einer ganz bestimmten Richtung' (s. 312). Richtiger gesagt, ist der Prozeß der Zivilisation genau jene Vermittlung zwischen der äußeren Seite gesellschaftlicher Veränderungsprozesse und der Innenseite der Regelung des gesamten Trieb- und Affektlebens der Individuen 'durch beständige Selbstkontrolle'. Dieser Prozeß vollzieht sich nach Elias ungeplant, aber nicht ohne eigentümliche Ordnung:

Wie wäre es denkbar, daß der Prozeß der Zivilisation von Menschen mit jener Langsicht, jener geregelten Bewältigung aller kurzfristigen Affekte in Gang gesetzt wurde, die selbst bereits einen langen Zivilisationsprozeß zur Voraussetzung hat? (s.312)

Im Verlauf dieses im Prinzip ungeplanten, aber anhand äußerer Bedingungen nachweisbaren und notwendigen Prozesses verwandelt sich 'Fremdzwang in Selbstzwang'.

Von den frühesten Zeiten der abendländischen Geschichte bis zur Gegenwart differenzieren sich die gesellschaftlichen Funktionen unter einem starken Konkurrenzdruck mehr und mehr. Je mehr sie sich differenzieren, desto größer wird die Zahl der Funktionen und damit der Menschen, von denen der Einzelne bei allen seinen Verrichtungen, bei den simpelsten und alltäglichsten ebenso, wie bei den komplizierteren und selteneren, beständig abhängt. (...) Der Einzelne wird gezwungen, sein Verhalten immer differenzierter, immer gleichmäßiger und stabiler zu regulieren. Daß es sich dabei keineswegs um eine bewußte Regulierung handelt, ist schon hervorgehoben worden. Gerade dies ist charakteristisch für die Veränderung des psychischen Apparats im Zuge der Zivilisation, daß die differenziertere und stabilere Regelung des Verhaltens dem einzelnen Menschen von klein auf mehr und mehr als ein Automatismus angezchtet wird, als Selbstzwang, dessen er sich nicht erwehren kann, selbst wenn er es in seinem Bewußtsein will. (s. 317 Herv.von mir)

Elias weist darauf hin, daß die äußere Regulierung des Verhaltens auf die Selbstkontrolle des einzelnen Individuums angewiesen ist, um überhaupt wirksam zu werden: 'Die Hauptgefahr, die hier ein Mensch für den Menschen bedeutet, entsteht dadurch, daß irgendjemand inmitten dieses Getriebes seine

1 N.Elias, Über den Prozeß der Zivilisation, Bern 1969

Selbstkontrolle verliert' (s. 318/319). Elias spricht den Vorgang der Verinnerlichung von Verhaltensnormen an, denen die äußeren Verhaltensregelungen entsprechen. Zweck und Aufgabe beider sei die Rationalisierung und Disziplinierung des Verhaltens von Individuen in komplexer werdenden und sich industrialisierenden Gesellschaften. Bis zu diesem Punkt folgt Runde Elias. Dann allerdings wird eine weiterführende Überlegung Elias' nicht mehr ausgeführt, die für die Zwecke dieser Arbeit jedoch brauchbar zu sein scheint: Elias spricht von der Herausbildung von 'Monopolinstituten der körperlichen Gewalttat', mit denen Institutionen wie das Arbeitshaus, einer der historischen Vorgänger der institutionellen Psychiatrie, u.a. gemeint sind. Die 'soziogene, psychische Selbstkontrollapparatur' (s.320) steht mit der Ausbildung dieser Monopolinstitute in Verbindung, bzw. 'von dieser gespeicherte Gewalt in der Kulisse des Alltags geht ein beständiger, gleichmäßiger Druck auf das Leben des Einzelnen aus' (s.325).

Elias führt weiter aus, wie das einzelne Individuum in den befriedeten, von Gewalttat im Prinzip freien gesellschaftlichen Räumen zwar vor Gewalttat geschützt ist; aber es muß auch den eigenen Leidenschaftsausbruch zur Gewalttat zurückdrängen. 'Das Leben wird in gewissem Sinne gefahrloser, aber auch affekt- und lustloser, mindestens, was die unmittelbare Äußerung des Lustverlangens angeht...' (s.330). Die dauernde Kontrolle des Affekthaushaltes und die planende Berücksichtigung künftiger Situationen werden zur gesellschaftlichen Regel gemacht. Doch die Leidenschaft, nicht nur in Form der Gewalttat, sondern bereits in der Form von extremeren Formen der Selbstdarstellung oder von situationsangemessener Emotionalität (Freude, Glück, Schmerz,) scheint sich aus dem Leben in die Bücher und Bilder zurückzuziehen: '... so beginnt der Adel auf dem Wege der Verhöflichung Ritterromane zu lesen, so sieht der Bürger Gewalttat und Liebesleidenschaft im Film.' (s.330) Die 'Gewalttat' - oder was man dafür hielt - 'ist kaserniert' und mit ihr gemeinsam verschwinden auch andere Affekte und zwischenmenschliche, an immediate Gefühlsäußerungen gebundene, Verhaltensmöglichkeiten und - Qualitäten aus dem Leben des einzelnen. Alle Formen unkontrollierter Leidenschaft und Emotionalität wurden nicht mehr inmitten dieser 'leidenschaftsloseren Selbstbeherrschung' (s.327)

geduldet. Weil diese Verhaltensweisen bestimmte, rationalisierte Teilabläufe störten, wurden sie zum 'störenden Verhalten'. Mit dem 'störenden Verhalten' wurden die 'störenden Personen' an den gesellschaftlichen Rand gedrängt: Aus störendem Verhalten wurde die psychische Störung. Die kasernierte Gewalttat aber hat die Funktion, 'am Rande des gesellschaftlichen Alltags Woche' zu halten, als eine 'Kontrollorganisation für das Verhalten des Einzelnen' (s.325). Die Bewachung dieser internierten/kasernierten Personengruppe wird als 'Monopol bestimmter Spezialistengruppen aus dem Leben der anderen ausgeschaltet' (s.325). Die psychische Selbstkontrollapparatur übt einen Zwang aus, 'den der Einzelne nur aufgrund seines Wissens um die Folgen seiner Handlungen über eine ganze Reihe von Handlungsverflechtungen hinweg (...) auf sich selbst ausübt' (s.326). Dieser Zwang wird wiederum in der Angst vor äußeren Folgen der Handlungen, wie sie in Institutionen des Zwangs sichtbar werden, bestätigt: '... desto mehr ist der Einzelne in seiner sozialen Existenz (Herv. von mir) bedroht', (s.322), der seine Affekte nicht dämpfen kann, und der privilegiert, der das kann. Damit wird klar, daß die 'Vernünftigen' es künftig leichter haben werden als die 'Unvernünftigen', die Beherrschten besser leben können als die Unbeherrschten, daß Affektneutralität und Leidenschaftslosigkeit zur Tugend werden. Der 'Ring der Selbstzwänge' (s.398) legt sich um das Individuum und wird zum neurotischen Panzer, den es manchmal mit eigener Hilfe nicht mehr durchstoßen kann.

Die Ableitung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur aus dem Prozeß der Umsetzung von Fremdzwang in Selbstzwang wird nun von Runde in dem Sinne aufgenommen, daß er die individuelle Seite des Prozesses als einen feinnervigen Aufbau soziokultureller Persönlichkeitsstrukturen beschreibt, und diese als 'allgemein erwartbare Orientierungsfähigkeit, d.h. Zurechenbarkeit, Mündigkeit und Verantwortungsfähigkeit' (Runde s.25) mit den sozialen Auswirkungen der Industrialisierung in Beziehung setzt. Der Verlust an Spontaneität, Lust und Lebendigkeit durch das Herausdrängen ihrer Äußerungsformen, und der Träger dieser Eigenschaften, aus der gesellschaftlichen Mitte an den Rand wird hingegen nicht als Form einer mehr

oder minder gewaltsamen Durchsetzung eines bestimmten Menschentyps aufgewiesen - eine Darstellung, die bei Elias allerdings einen breiten Raum einnimmt. Auch im Rahmen dieser Arbeit sollte der Nebeneffekt des von Elias beschriebenen Zivilisationsprozesses, nämlich die Herausbildung eines bestimmten Persönlichkeitstyps, an welchen sich später Kriterien von 'Normalität' festmachen lassen, welche die Voraussetzung institutioneller Definitionsversuche von 'psychischer Störung' bilden, nicht unterschlagen werden. Und zwar aus folgendem Grunde: Das Vorhaben dieser Arbeit besteht mindestens ebenso sehr darin, die Bedingungen der Wiedereingliederung psychisch gestörter Personen in soziale Prozesse zu diskutieren, wie sie sich mit den Ursachen der Ausgliederung auseinanderzusetzen hat. Eine therapeutische Gemeinschaft, die den gesellschaftlichen Dialog mit der ausgegliederten Personenkategorie wieder aufnehmen will, muß parallel zu diesem Prozeß die Formen des Umgangs erarbeiten, die in den gesellschaftlichen Verkehr wieder eingeführt werden sollen. Es stellt sich also die Frage, welche innovativen Verhaltensweisen, welche spezifischen zwischenmenschlichen Phantasieleistungen zu diesem Vorhaben erforderlich werden oder aber sich erst im Umgang mit dieser Personengruppe bilden müssen.

Der psychischen Zubereitung des Sozialcharakters entspricht die äußere Seite des Prozesses der Zivilisation, wie Elias ihn beschreibt und Runde ihn aufnimmt: Die beim Übergang zu industriellen Formen der Arbeit notwendige Formalisierung des Arbeitsverhältnisses. Mit der Formalisierung des Arbeitsverhältnisses 'in Form quantifizierbarer, überschaubarer Arbeitsleistungen' (Runde, s.27) wurden personale Merkmale in gesellschaftlichen Bereichen, in denen Arbeitsleistungen erbracht wurden, im Prinzip irrelevant. Personleistungen wurden nur akzeptiert, soweit sie an Funktionsleistungen gebunden blieben. Die Arbeit als Organisationsform wurde als reproduzierbares, 'von der Person ablösbares Verhalten' durchgesetzt. (s.28) Der von Elias postulierten Umsetzung von Fremdzwang in Selbstzwang, entspricht die Umsetzung der Notwendigkeit zur Existenzsicherung in Arbeitsbereitschaft, gesellschaftlich vermittelt als Arbeitspflicht des Individuums.

Nach Runde, wobei er sich auf J.Habermas¹ bezieht, wird die Arbeitsbereitschaft weitgehend kommunikativ gesichert:

... so wird im Bereich der Arbeit die Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft ebenso wie die Kommunikationsmöglichkeit, die Verlagerung von instrumentellen Fertigkeiten auf generelle Orientierungsfähigkeit, deutlich (s.29)

Mit der 'Kommunikation als Geltungsbasis der durchgesetzten Arbeitsverfassung' (s.29) wird die fehlende Bereitschaft zu arbeiten bzw. bereits die mangelnde Fähigkeit, sich in der Arbeitswelt zu orientieren, als 'abweichendes Verhalten' wahrgenommen. Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung der Arbeit als 'autonomer Geltungskategorie' (s.28) wird durch dieses abweichende Verhalten weniger die Existenzsicherung als die allgemeine Gültigkeit und Bedeutung der Arbeit als 'Lebensinhalt' gefährdet; wird weniger die instrumentelle Leistungsfähigkeit als die allgemeine Orientierungsfähigkeit bedeutsam: Die Arbeit zu verweigern, oder aber nicht fähig zur Arbeit zu sein, bedeutet Abweichung von einer prekären, ständig gefährdeten und ständig kommunikativ neu einzuholenden gesellschaftlichen Norm: der Arbeitspflicht, verinnerlicht als Arbeitsmotivation.

Durch die Entdeckung der Arbeit als von der Person ablösbaren Verhaltens war die Zusammenfassung von arbeitsbereiten Individuen in Großbetrieben möglich geworden. Da nicht die Gesamtperson des Arbeitswilligen, sondern immer nur Teilfertigkeiten, also Teilaspekte seiner Persönlichkeit, vergesellschaftet wurden; da also Personleistungen nur in Verbindung mit Funktionsleistungen im Arbeitsbereich geduldet wurden, entwickelten sich für diesen zunehmend zentralen Lebensbereich bestimmte, an diesen Bereich gebundene Interaktionsformen, welche sich gerade durch das Fehlen oder die Zurückname personal geprägter Kommunikation auszeichneten. Die der Entwicklung persönlicher Bedürfnisse dienenden Interaktionsformen wurden zunehmend in außerarbeitsmäßige oder auch sogenannte 'private' Bereiche verlegt.

Psychisch gestörten Personen ist weniger als anderen die Trennung des Verhaltensrepertoires in formale und personale -----

1 J.Habermas, Wissenschaft und Technik als 'Ideologie', Frankfurt 1968

Beziehungsformen möglich. Ihre emotionale Aufgeladenheit oder aber ihr autistischer Rückzug aus jeglicher Kommunikation ¹ einschließlich ihrer formalen Aspekte (Informationsaustausch, sachliche Beziehung, Anerkennung des Status oder der Position des Interaktionspartners), ihre permanente Selbstdarstellung, also das beständige Einbringen personaler Beziehungsaspekte mußte die - auch verhaltensmäßige - Formalisierung des Arbeitsverhältnisses gefährden. Die Ausgliederung dieser Personengruppe ² und ihre Zusammenfassung hatte einmal den Zweck, Arbeitsbereitschaft zwangsweise durchzusetzen und evtl. Arbeitsmotivation herzustellen ³; und andererseits die Funktion, den Lebensbereich 'Arbeit' von zum großen Teil personal geprägten Beziehungsformen freizuhalten, die vermutlich die generelle Arbeitsbereitschaft gefährdeten. Hier wird die Parallelität von 'gestörtem' und 'störendem' Verhalten, die Gefährdung der Kommunikation als symbolisch vermittelter Interaktion, welche sich nach 'obligatorisch geltenden Normen' richtet, die 'reziproke Verhaltenserwartungen definieren' ⁴, besonders deutlich.

Die Ausgliederung der Personengruppe der psychisch Gestörten aus der Gruppe der Arbeitswilligen als 'Kranke' änderte wenig an der Ursache des Ausschlusses - es änderte sich lediglich ihre offizielle Begründung. Der Status 'psychisch krank' bedeutet in gleicher Weise abweichendes Verhalten im Sinne genereller Orientierungsunfähigkeit sowie offizielle vorübergehende oder dauernde Entlassung aus generalisierten Erwartungsordnungen. Zu Merkmalsgruppen zusammengefaßt, wurden die störenden Verhaltensweisen später im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Paradigmas zu 'Krankheitsbildern'. Die Subsumption der 'störenden-gestörten' Personenkategorie unter das medizinische Handlungsmodell hatte vor allem die Konsequenz, daß der in Frage stehenden Personengruppe eine veränderte Form von 'Sonderstatus' eingeräumt wurde: die psychisch gestörten Personen erhielten im Sozialzusammenhang der psychiatrischen Klinik den Status und die Rolle 'Patient'.

1 Hierbei ist von speziellen Anstalts-Artefakten abzusehen.

2 vgl. dazu: K.Dörner, Bürger und Irre, Frankfurt 1969

3 man denke an die in den 20-er Jahren dieses Jahrhunderts eingeführte und immer noch weitverbreitete 'Arbeitstherapie'.

4 J.Habermas, Technik und Wissenschaft als 'Ideologie', Frankfurt 1968,62

Mit der Problematisierung dieses Status befaßt sich die Kommunikationsanalyse im konzeptuellen Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft.

2. Problematisierung vs. Neuformulierung der Berufsrollen des psychiatrischen Personals (Psychiater - Krankenpfleger)

Der krisenartige Prozeß, welcher die Institution 'Psychiatrie' zu einer Neuformulierung von institutionellen Handlungszielen und einer Problematisierung der gesellschaftlichen Arbeit der in der Psychiatrie tätigen Personengruppen führen soll, erfordert auch eine neue Setzung von Berufsinhalten für die angesprochenen Berufsgruppen. Einen Hinweis darauf gibt Christian v. Ferber:

Der Alternative von Bewahrungsanstalt und offener therapeutischer Gemeinschaft (...) liegt im Kern - also jenseits der Durchsetzung materieller Standards - die Setzung neuer Berufsinhalte zugrunde. Es geht um die erfolgreiche Begründung neuer beruflicher Erwartungen an die therapeutische Arbeit des Alltags. Es geht um die Realisierung der Hoffnungen, die sich aus der Einsicht in die Soziogenese psychischer Defekte ableiten. Die Umsetzung von soziogenetischer Diagnose in Soziotherapie verlangt nach einer dementsprechenden Strukturierung der Motive der professionellen Helfer. Ohne die Chance, die mit der therapeutischen Gemeinschaft geweckten beruflichen Erwartungen auch einlösen zu können, wird der eingeschlagene Weg: Rehabilitation statt Verwahrung kaum erfolgreich beschritten werden können ... Die Erwartung, die die Soziotherapie erweckt, interpersonale Beziehungen als therapeutisches Milieu zu aktivieren, muß sich am therapeutischen Alltag erfüllen; andernfalls werden die Motive der professionellen Helfer enttäuscht. Denn die programmatische Erwartung verwandelt sich im Zusammenhang beruflicher Motivierung zu der Suche nach einem personalen Äquivalent in der therapeutischen Arbeit. Dieses ist nur in einer therapeutischen Situation zu haben, die die sozialen Verhältnisse, die Interaktionsmuster, die Chancen der Sinnverwirklichung im Rahmen kollektiver Beobachtung variiert ¹.

Die Berufsrolle und Funktion des Arztes im psychiatrischen Krankenhaus werden im Rahmen der nachstehenden Überlegungen nicht unter medizinsoziologischen, sondern ausschließlich unter psychiatrie-

1 Chr.v.Ferber, Geleitwort zu: P.Runde, a.a.O., 8

soziologischem Gesichtspunkt betrachtet ¹. Desweiteren sei daran erinnert, daß das psychiatrische Pflegepersonal, im Gegensatz zu dem in organmedizinisch orientierten Kliniken, eine doppelte Aufgabe hatte und z.T. noch hat, nämlich die, psychisch gestörte Personen als 'Kranke' medizinisch zu versorgen und zu betreuen, und sie als 'Geisteskranke' zu bewachen. Die Berufsrolle des psychiatrischen Pflege- und Bewachungspersonals weist auf die Doppelrolle des psychiatrischen Krankenhauses noch deutlicher hin als die des Psychiaters.

2.1. Der Beitrag berufssoziologischer Forschungen zur theoretischen Klärung der Berufsrollen des psychiatrischen Personals

Berufliches Handeln siedelt H.J.Daheim in seinem Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns ² im Wertmuster der 'Leistung im universellen Rahmen' an. Seine auf T.Parsons Gesellschaftstheorie sich berufende Analyse versteht unter Kombination von 'Universalismus' und 'Leistung': ...'daß die Akteure ermuntert werden, immer neue Ziele anzustreben und die Effizienz des technischen Vollzugs immer weiter zu vervollkommen. Dieses Wertmuster bringt also eine Tendenz zum Wandel sozialer und kultureller Strukturen mit sich' (s.17). Die Differenzierung gesellschaftlicher Aufgaben und Funktionen in spezifische Berufsrollen beruht auf dem Prinzip der Arbeitsteilung, bei Daheim 'die Aufspaltung des gesamten Prozesses der Problemlösung einer Gesellschaft in Teilbereiche und Teilprozesse' (s.18), in dem jeder Beruf als spezialisierter Einzelbeitrag verstanden werden kann.

Als 'Arbeitsorganisation' (Betrieb) bezeichnet Daheim den Ort, an dem der Träger der Berufsrolle seine Tätigkeit und Funktion

1 Charakteristisch für den Ansatz der Psychiatrie-Soziologie ist die Tatsache, daß psychische Störungen als Grund für den Aufenthalt des Patienten in der Klinik nicht als körperliche Krankheiten im Sinne des auf die Psychiatrie ausgedehnten medizinischen Handlungsmodells betrachtet werden, sondern daß, im Rahmen der Psychiatrie-Soziologie, bereits an der theoretischen Basis dieses Modells angesetzt wird: die Psychiatrie-Soziologie stellt also die Geltungsgrundlagen auch des (psychiatrischen) Krankenhauses als institutioneller Form der Bewältigung von (psychischer) Krankheit in Frage. Dieser Aspekt sollte zumindest in eine Analyse des psychiatrischen Krankenhauses und seiner Sozialstruktur mit einfließen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit geschieht dies, indem medizin-soziologische Analysen der Krankenhausstruktur, so weit es sich nicht um psychiatrische Krankenhäuser ausdrücklich handelt, vernachlässigt werden.

2 H.J.Daheim, Der Beruf in der modernen Gesellschaft, Köln 1967

in Verbindung mit anderen ausübt. Der Analyse der spezifischen Organisation von Arbeit in der therapeutischen Gemeinschaft ist diese Arbeit u.a. verpflichtet (vgl. III., V.,) deswegen ist es unnötig, in diesem Rahmen darauf einzugehen; es sollen lediglich einige berufssoziologische Untersuchungen erwähnt werden, die u.U. zur Analyse der Arbeitsplatzsituation von Angehörigen psychiatrischer Berufe herangezogen werden können. Bereits grundsätzlich ist zu sagen, daß die allgemeine Definition von 'Arbeitsorganisation' auf die psychiatrische Klinik nicht exakt zutrifft. Daheim definiert die Arbeitsorganisation als 'intermediäres Sozialgebilde' innerhalb eines gesamtgesellschaftlichen Bezugsrahmens: 'Auch die Arbeitsorganisation operiert in einer Umgebung, die aus anderen Sozialsystemen wie Unternehmen, Familien, Gemeinden usw. besteht' ¹. Diese Tatsache trifft für die psychiatrische Klinik nur in eingeschränktem Maße zu, denn Charakteristikum der psychiatrischen Klinik ist die Beschränkung der Austauschbeziehungen mit anderen Sozialsystemen, bzw. Austausch findet z.T. in hochritualisierter Form statt (Einweisung eines Patienten durch Polizei und Gericht, Familienkontakte etc.). Im Normalfall ist die Klinik nicht in die Gemeinde integriert, noch pflegt sie Kontakte, die über die der wirtschaftlichen Versorgung von Insassen und Institutsangehörigen hinausgehen. Autarkie auch im ökonomischen Sinne war übrigens Ziel und Absicht der außerhalb der Städte gelegenen Großkrankenhäuser: man denke an die ausgedehnten Gartenanlagen, an Bauernhöfe auf dem Klinikgelände und an die Handwerksbetriebe, die für die Bedürfnisse der Organisation arbeiteten, in der Absicht, diese unabhängig von der sozialen Umgebung zu machen; d.h. das Großkrankenhaus war eher darauf angelegt, den Austausch mit den umgebenden Sozialsystemen zu verhindern, oder ihn zumindest weitgehend zu reduzieren.

1.2. Individuelle Reaktionen auf Spannungen innerhalb der Arbeitsorganisation

Ohne Zweifel äußert sich die Krise der Psychiatrie auch in beruflichen Unsicherheiten des dort tätigen Personals. Aus einer Problematisierung der Berufsrollen entstehen Konflikte, die u.U. zu einer Neuformulierung der beruflichen Rollenerwartungen führen

¹ Daheim, a.a.O., 153

können. Der Beruf des Arztes als 'legitimer und kompetenter Deuter von Krankheit' ¹ kann im psychiatrischen Großkrankenhaus durch individuelle und soziale Erfahrungen diskreditiert werden. Dies fördert beim Psychiater (evtl. auch beim pflegerischen Personal) den Wunsch nach einer Neuformulierung von Berufsinhalten im Rahmen der Arbeitsorganisation: Innerinstitutionelle Innovationen wie z.B. das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft können eine Antwort auf diese Krise sein.

Der Psychiater ist, vor allem im psychiatrischen Großkrankenhaus, niemals Arzt im reinen Sinne, da seine ärztlichen Funktionen stärker noch als in anderen Krankenhäusern mit juristisch-administrativen Aufgaben verknüpft sind. Hinzu kommt, daß der ärztlichen Tätigkeit des Psychiaters im eigentlichen Sinne der Arbeitsgegenstand fehlt, denn die wenigsten Insassen psychiatrischer Kliniken sind körperlich krank. Die Tatsache allein, daß man 'Geisteskrankheiten' für medizinisch Behandlungsfähig hielt, konnten den in psychiatrischen Kliniken tätigen Ärzten kein eigentlich 'ärztliches' Tätigkeitsfeld verschaffen. ²

Für das pflegerische Personal gilt, wie für die Ärzte, daß ihrer Arbeit der Verlust an Inhalt und Motivation droht:

Wenn man einmal von ihrer Autoritäts- und Machthaberrolle absieht, die sie im allgemeinen spielen - und die nur Glieder in einer Kette von Zwängen sind, die sich von einer Ebene zur anderen fortsetzen bis zu ihrem Endpunkt in der kranken Aggressivität, der Einhalt geboten werden muß - läßt sich ihre Anwesenheit wohl kaum voll rechtfertigen ³.

Basaglia spricht hier die Funktionen, bzw. den Mangel an Funktionen an, den sowohl ärztliches wie pflegerisches Personal während ihrer Tätigkeit erleben, doch gilt diese Beschreibung für das pflegerische Personal umso mehr, als ihnen inner- und außer-

1 P.Runde, op.cit., 69

2 Wenn man von der seit den Fünfziger-Jahren dieses Jahrhunderts durchgesetzten Psychopharmakologie absieht, die das spezifisch ärztliche Tätigkeitsfeld der exklusiven Verfügung über Medikamente eröffnete, doch sind 1. soziotherapeutische Konzepte vor der Durchsetzung und Verbreitung der Psychopharmaka-Medizin entwickelt worden, und 2. ist das Verschreiben von Medikamenten in vielen Kliniken ein symbolischer Akt, der der Bestätigung des ärztlichen Status mindestens ebenso sehr verpflichtet ist wie einer ärztlichen Tätigkeit im strengen Sinne

3 F.Basaglia, Was ist Psychiatrie?, Frankfurt 1974, 10

hospitale Gratifikationen, wie sie Ärzten zukommen, fehlen; und so wird schließlich verständlich, 'warum ihre Tätigkeit - über die reine Bewachung hinaus - ständig der Übersteigerung in die Autorität bedarf, welche die notwendige Distanz schafft, und die gleichzeitig vor ihren eigenen Augen das Nichts verbirgt, das sie zu sein nicht zugeben können' ¹ (Herv. von mir)

In der Härte der Kritik an den Berufsrollen in der traditionellen psychiatrischen Klinik wird Basaglia nur noch von E.Goffman Über-
troffen, der von der Beziehung des Psychiaters zu seinem Patienten als von einer 'Parodie auf die Dienstleistungsbeziehung' ('Mental hospitals institutionalize a kind of grotesque of the service relationship' ²) spricht, die zudem noch institutionalisiert sei, d.h. von seiten des Dienstleistenden machtvoll durchzusetzen ist; während er generell von den im psychiatrischen Krankenhaus ausgeübten Berufen meint, 'that one of the main accomplishments of total institutions is staging a difference between two constructed categories of persons - a difference in social quality and moral character, a difference in perception of self and other.' ³

Goffman beschreibt den 'dramaturgischen Charakter' dieser Unterscheidung, und als Zweck der Inszenierung führt er die Notwendigkeit der Selbstbestätigung des psychiatrischen Personals ein: 'Inmates and lower staff levels are involved in a vast supportive action - an elaborate dramatized tribute - that has the effect, if not the purpose, of affirming that a medical-like service is in progress here and that the psychiatric staff is providing it' ⁴.

Goffman hebt auf zweierlei ab: einmal ist er der Meinung, daß die Experten der psychiatrischen Klinik keine Dienstleistung erbringen (daß sie aber in der Lage sind, diese 'Dienstleistung' institutionell zu erzwingen); und daß zweitens die Dienstleistung, die keine ist, noch zusätzlich als medizinische Dienstleistung betrachtet werden muß: 'Professional psychiatric staff

1 F.Basaglia, a.a.O., 10

2 E.Goffman, Asylums, The Medical Model and Mental Hospitalization, 321

3 E.Goffman, Asylums, On the Characteristics of Total Institutions, 104

4 E.Goffman, Asylums, The Medical Model and Mental Hospitalization, 335

itself does not have an easy role. The member's medical licence gives them one of the firmest claims of deference and regard available in our society, (...), yet in the mental hospital their whole role is constantly in question' ¹. Alle Tätigkeiten des Psychiaters müssen wie ärztliche Tätigkeiten aussehen, 'must be legitimated by assimilating or translating it to fit into a medical-service frame of reference' ². Es ist verständlich, daß in einer solchen Situation, in der die Realität ständig umgedeutet werden muß, ('reality must be considerably twisted' ³), der Wunsch nach einer Neudefinition der Berufsrolle des Psychiaters wächst. Dieser Wunsch kann ebensosehr aus subjektiver Erfahrung von Inhaltsleere oder Erfolglosigkeit am Arbeitsplatz stammen wie aus der Erfahrung, daß diese Arbeit von Außenstehenden kritisiert wird.

Das gleiche gilt sicherlich für das psychiatrische Pflegepersonal. Auch diese Personengruppe hat vermutlich Schwierigkeiten, sich dem medizinischen Dienstleistungsmodell in seiner psychiatrischen Variante zu assimilieren, wobei nach Goffman das psychiatrische Personal noch zusätzlich dazu benutzt wird, die Selbsteinschätzung des dort tätigen akademischen Personals aufrechtzuerhalten. Goffman hingegen ist der Ansicht, daß 'a ward attendant often seems to be as well equipped to offer a 'good' relation to a patient as a highly trained psychiatrist, and, whether good or bad, the contribution of the attendant will impinge continuously on the patient, instead of impinging very intermittently as does the hospital psychiatrist's' ⁴. Doch werden, zumindest in der traditionellen Klinik, die kommunikativen Einflüsse des Personals niedrig bewertet; wenn sie nicht gleich als gefährlich eingestuft werden. Goffman: 'It is sometimes suggested that lesser personnel, such as social workers, nurses, and attendants, ought not to engage in 'amateur therapy', (...). A staff psychiatrist who takes on an inmate for special sessions of psychotherapy ought not to have his work tampered with by others, especially lesser others.' ⁵ Alle diese Vorschriften die-

1 a.a.O., 334

2 ebd.

3 ebd.

4 E.Goffman, a.a.O., 311

5 E.Goffman, a.a.O., 329

nen, nach Goffman, dazu, das therapeutische Monopol des Psychiaters (zusätzlich zum eigentlich ärztlichen Monopol) unangetastet zu lassen, doch für das pflegerische Personal ergibt sich daraus, daß alle Bemühungen um den Patienten überflüssig werden, da sie in der traditionellen Rolle des Krankenpflegers keinen Platz haben, und damit auch der Status-Aufwertung des Personals nicht dienlich sind. Vielmehr gibt es im Rahmen dieser Status-Hierarchie überhaupt keine Möglichkeit, die gruppenspezifische Qualifikation zu verbessern. So wird verständlich, daß das Personal, sofern es nicht mit Abwehr oder Apathie reagiert, an einer Neudefinition seiner Rolle sehr interessiert sein muß.

Zur Neudefinition beruflicher Rollenerwartungen formuliert Daheim: Wenn Orientierung und Rollenerwartung stark differieren, wenn die Chancen für einen Positionswechsel innerhalb der Arbeitsorganisation gering sind, dann entscheidet die Frage der Einbindung in informelle Arbeitsgruppen darüber, ob das Organisationsmitglied mit Neudefinition der Berufsrollenerwartung reagiert oder mit Apathie.

Für verschiedene Berufsgruppen, deren Arbeitsanforderungen sich von denen des psychiatrischen Personals allerdings unterscheiden, wurden Untersuchungen zur Apathie als Reaktion auf eine unbefriedigende Arbeitssituation in Zusammenhang mit dem Entfremdungsproblem gemacht. Daheim selbst definiert Entfremdung als 'Machtlosigkeit des Positionsinhabers in bezug auf seine eigenen Angelegenheiten' ¹. Wenn ständig andere entscheiden, dann ist für den Inhaber der Berufsposition 'die Herausforderung aus der Rolle genommen' ². So spricht auch M.Crozier davon, daß die Bereitschaft der Organisationsmitglieder zur Teilnahme abhängig ist vom Vertrauen zwischen den Organisationsmitgliedern, von der 'Offenheit' der interpersonellen Beziehung und von den Einstellungen gegenüber der Autorität ³. Alle diese Untersuchungen könnten ohne weiteres auf die berufliche Situation des Personals der niedrigeren Ränge im psychiatrischen Krankenhaus zutreffen. In diesem

1 Daheim, a.a.O., 212

2 ebd.

3 M.Crozier, Le Phénomène bureaucratique, Paris 1963, zit.n.Daheim, a.a.O., 212

Zusammenhang soll auf eine der amerikanischen 'Institutionsanalysen' hingewiesen werden, die auf das Apathie-Problem eingeht. I.Belknap¹ stellte bei der soziologischen Untersuchung einer Großklinik fest, daß die niedrigeren Ränge des Personals aufgrund der Länge ihres Aufenthalts in der Klinik die 'überdauernde Realität' des Krankenhauses darstellten. Gemeinsam mit der Gruppe der Langzeit-Patienten sorgten diese Personalränge dafür, daß die Klinik sich den häufiger fluktuierenden Gruppen gegenüber - Ärzten, Pflegepersonal und Kurzzeit-Patienten - kontinuierlich präsentierte. Die Einstellungen dieser Pflegegruppen waren nach Belknap - Dunham's 'employee culture' ähnlich - 'humane, custodial and pessimistic'². Ohne Pessimismus mit Apathie verwechseln zu wollen, glaube ich doch, daß eine Einstellung, die davon ausgeht, daß psychiatrische Patienten nicht außerhalb der Klinik leben können (pessimistic), daß Zwang notwendig ist, um die Kontrolle unter den Insassen aufrechtzuerhalten (custodial) und die sich trotzdem noch eine menschliche Beziehung gegenüber den Patienten erhalten konnte (humane) etwas mit Machtlosigkeit den Arbeitserfordernissen und dem Arbeitsgegenstand gegenüber zu tun hat. Diese Einstellung könnte auch das Ergebnis von Resignation sein, ein Sich-Abgefunden-Haben mit der eigenen Machtlosigkeit - ohne daß die Möglichkeit jemals bestanden hätte, die berufliche Rolle oder die Erwartungen an sie neu zu definieren. Belknap entdeckte übrigens im Zusammenhang der Untersuchung, daß das in Frage stehende Krankenhaus schon mehrere Male 'reformiert' worden war, ohne daß sich für jene untersuchte Berufsgruppe etwas geändert hätte.

Es ist denkbar, daß Arbeitsunzufriedenheit eine der noch unbekannten und unerforschten Wurzeln der Krise der Psychiatrie ist. In jedem Fall stammen soziotherapeutische Konzepte aus der Erfahrung zunehmender Inhaltsleere der Arbeit. Hinzu kommt, daß durch die Entdeckung der psychopharmakologischen Beeinflussungsmöglichkeit des Patientenverhaltens die eigentlichen Bewachungsaufgaben speziell des psychiatrischen Personals, die sicherlich einen großen Teil der Arbeitsbelastungen darstellten, in den Hintergrund traten und damit berufliche Erwartungen sich zu modi-

1 I.Belknap, Human Problems of a State Mental Hospital, New York 1956

2 I.Belknap, zit.n.D.Clark, Administrative Therapy, London 1964,12

fizieren begannen. Wenn auch die 'Bewachung' erleichtert wurde, so war 'Präsenz' nach wie vor erforderlich.

2.1.3. Berufsrolle und gesamtgesellschaftliche Integration Abschließende Überlegungen

Während R.König den Beruf als 'stabilisierender (n) Faktor in einer leistungsorientierten Welt' bezeichnet, der sich 'auch als normativer Horizont für das gesamte Leben erweist' ¹, betont H.Schelsky ² mehr den kommunikativen Aspekt der Integration durch berufliche Tätigkeit: nicht die Familie, sondern der Beruf verbinde den Menschen in unserer Gesellschaft mit der Außenwelt. Im Anschluß an Schelsky meint auch Daheim, daß der Beruf die eigentliche Kontaktstelle des Individuums sei. Hier entscheide sich, wer mit wem geselligen Verkehr pflege, hier würden Interaktionspartner für das Privatleben ausgesucht, sogar die Wahl des Ehepartners könne sich aus beruflicher Interaktion ergeben.

In bezug auf das psychiatrische Krankenhaus und seine Berufsrollen könnte gelten, daß die außerordentliche Isolation der Inhaber von Berufspositionen, sowohl zur Außenwelt als auch gegeneinander, den Wunsch nach Veränderung der Arbeitsbeziehungen gefördert hat. Fraglos isolierte das traditionelle psychiatrische Krankenhaus nicht nur die Patienten, sondern auch das Personal und schnitt es von der Außenwelt systematisch ab: die verschlossenen Türen der Institution sperrten im Prinzip auch jene Individuen aus, die einen Schlüssel besaßen, um die Türen zu öffnen - in dem Glauben, nur die Gruppe der Patienten aus gutem Grund einsperren und bewachen/schützen zu müssen. Die gesamte soziale Topik des Krankenhauses, seine Abgeschiedenheit von der Gemeinde, die internen Kommunikationsbarrieren zwischen zwei voneinander abhängigen, in hierarchischem Verhältnis zueinander stehenden Berufsgruppen, das Kommunikationsverbot der Mehrzahl der potentiellen Gesprächspartner gegenüber, verursachte für die dort arbeitenden Berufsgruppen einen erheblichen Mangel an Fluktuation sozialer Kontakte. Zufallskontakte mußten fast vollständig fehlen, denn auch Besucher waren im eigentlichen Klinik-

1 R.König, Soziologische Orientierungen, Köln-Berlin 1965, 193

2 H.Schelsky, Der Beruf in der modernen Gesellschaft, in:
Unser Verhältnis zur Arbeit, Stuttgart 1960

bereich nicht zugelassen. Das psychiatrische Personal war der immer gleichen monotonen Arbeitsumgebung ausgesetzt. Die Bildung familiendähnlicher Beziehungen oder primärgruppenhafter informeller Arbeitsgruppen war dementsprechend erschwert. Die Arbeitsbeziehungen waren streng formalisiert.

Verschiedene amerikanische Untersuchungen zur Frage der 'central life interests' fanden aber heraus, daß gerade Inhaber voll- und halbprofessionalisierter Berufspositionen in gewissem Maß den in Berufssystemen verfolgbaren Zielen einen Vorrang vor jenen Zielen geben, die in der Freizeit angestrebt werden müssen. Das gilt ebenso für informelle Arbeitsbeziehungen wie für die allgemeine persönliche Befriedigung, die eher am Arbeitsplatz gesucht wird als in der Freizeit. So fand L.Orzack ¹ bei einer Untersuchung diplomierter Krankenschwestern, daß von diesen technologische und organisatorische Erfahrung am Arbeitsplatz erwartet und geschätzt wird - wie in einer vergleichbaren Studie über Industrie-Arbeiter (Dubin 1962) ². Doch während die untersuchten Arbeiter die zentralen Lebensinteressen außerhalb der Arbeit verwirklichen wollten, suchten die diplomierten Krankenschwestern am Arbeitsplatz noch zusätzlich persönliche Befriedigung und sind an informellen Beziehungen am Arbeitsplatz wesentlich mehr interessiert als an sozialen Kontakten während der Freizeit.

1 L.Orzack, Work as 'Central Life Interest' of Professionals in: Work and Leisure, New Haven 1963, Hg.E.O.Smigel

2 R.Dubin, Industrial Worker's World: A Study of 'Central Life Interests' of Industrial Workers, in A.M.Rose (Hg.), Human Behavior and Social Processes, Boston 1962

II. Die therapeutische Gemeinschaft als Antwort auf die Krise der Psychiatrie

Therapeutische Ansätze, die mit dem Begriff 'therapeutische Gemeinschaft' (oder auch 'Milieuthherapie', 'Soziotherapie' etc.) bezeichnet werden, gehören neben den Konzepten der Gemeindefremden Psychiatrie mit ihren verschiedenen außer- und trans-institutionellen Arbeitsfeldern und -zielen zu den entscheidenden innerinstitutionellen Innovationsleistungen der Psychiatrie, die im Laufe dieses Jahrhunderts entwickelt wurden.

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, manchmal als 'dritte Revolution' der Psychiatrie bezeichnet, wurde während des II. Weltkrieges im Rahmen der englischen und amerikanischen Armee-Psychiatrie entwickelt. Ihren Namen verdankt die 'therapeutische Gemeinschaft' dem englischen Psychiater T.F.Main¹, der in einer Sondernummer des 'Bulletin of the Menninger Clinic' (die einer Übersicht über die Fortschritte der britischen Psychiatrie der Kriegs- und Nachkriegszeit gewidmet war) in seiner Abhandlung über die Arbeit der Northfield-Gruppe (Bion und Rickman, später auch Foulkes) von der Klinik in Northfield unter dem Titel 'A Therapeutic Community' berichtete. Mehr jedoch als der Name Mains ist die theoretische und praktische Arbeit des schottischen Psychiaters Maxwell Jones mit dem Begriff verbunden. Jones begann, ebenfalls während des II. Weltkrieges, mit herzkranken Neurotikern im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft zu arbeiten und richtete nach Kriegsende eine Rehabilitationseinheit für psychisch gestörte ehemalige Kriegsgefangene ein. Seine Erfahrungen beschrieb Maxwell Jones in seinem ersten Buch 'Social Psychiatry' (1951), welches 1962 unter dem Titel 'The Therapeutic Community' in den USA erschien. Jones gilt als der eigentliche Wegbereiter der Sozialpsychiatrie der Nachkriegszeit, vor allem aus institutioneller Sicht: die Psychiatrie, die sich mit der Wirksamkeit des sozialen Milieus oder mit der Umgebung des Kranken in der Institution befaßt, verdankt Jones die theoretische Formulierung folgender Erkenntnisse:

- die Charakterisierung psychischer Störungen als Resultat des

1 vgl. auch T.F.Main, The Hospital as a Therapeutic Institution
in: Bull.Menniger Clin. 10:66 (1946)

Ausschlusses durch die Gesellschaft sowie als Ergebnis der bisher üblichen institutionellen Behandlungsformen

- die Problematisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Rahmen psychiatrischer Institutionen
- die kollektive Überprüfung aller Ereignisse im Rahmen von flexibel verwalteten, 'demokratischen' Institutionen, welche durch ihre Umwandlung in 'Gemeinschaften, die sich selbst heilen', Prozesse des 'social learning' für alle Beteiligten ermöglichen sollen.
- Neuformulierung der Beziehungen zwischen Patienten und Personal; Überprüfung der in der traditionellen Klinik vorherrschenden Rollenmuster; Aufwertung der Patientenrolle und des Patientenstatus.

Maxwell Jones hat niemals die Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft explizit formuliert, da er der Ansicht ist, daß die freiheitliche Gestaltung des therapeutischen Milieus und die flexible Anpassung an die jeweiligen Ausgangsbedingungen oberster Grundsatz von therapeutischen Gemeinschaften bleiben müsse:

The fact is, that there is, as yet, no one model of a therapeutic community and all that is intended is that it should mobilize the interest, skills and enthusiasms of staff and patients and give them sufficient freedom of action to create their own optimal treatment and living conditions ¹

Indessen können folgende Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft, der sich die meisten, unter diesem Namen etablierten therapeutischen Ansätze verpflichtet fühlen, grob festgehalten werden:

- Befreiung der Kommunikation
- Analyse aller Ereignisse in Gemeinschaftsversammlungen
- Problematisierung von Rollen
- Abschaffung des custodialen Prinzips ²

Schwerpunkt der Veränderungsabsicht dieses Konzepts ist die Nutzung des therapeutischen Potentials der Klinikgemeinschaft durch Umstrukturierung der Klinik als ganzer oder aber einer Klinik-Abteilung im Sinne egalitärer Ordnungsformen durch 'Auflösung' oder Problematisierung der in dieser Gemeinschaft vor-

1 M.Jones, Social Psychiatry (1951) 1962, zit.n.D.Clark, Administrative Therapy, London 1964

2 Dieses Grundprinzip therapeutischer Gemeinschaften, die Öffnung bisher verschlossener Türen, wurde keineswegs in allen Fällen praktiziert

findbaren Rollen und Rollenerwartungen¹. Dieser Grundsatz der Multi-Polarität in der therapeutischen Gemeinschaft lehnt eine bi-polare Arzt-Patienten-Beziehung implizit ab; die Klinik, welche zur therapeutischen Gemeinschaft umstrukturiert wird, versteht sich als organische Einheit, in der es keine hierarchische Staffellung mehr geben soll, und in der alle zur Verfügung stehenden Kräfte der Institution ohne Einschränkung für therapeutische Zwecke eingesetzt werden.

Jede beliebige Definition von therapeutischer Gemeinschaft enthält dieses Moment des 'Sozialen' als Heilungsfaktor. Grundlage der therapeutischen Gemeinschaft ist daher das Prinzip der umfassenden Beteiligung von Personal und Patienten an der Gestaltung des therapeutischen Milieus. Es variiert lediglich die Gruppierung, die im therapeutischen Prozeß vorrangig verändert werden soll. Im großen ganzen sind allerdings die Patienten Adressaten der Veränderungsabsicht: die therapeutische Gemeinschaft 'dient' den Patienten; wer sonst noch im Rahmen des therapeutischen Gesamtprozesses verändert wird, kann dies in den verschiedenen, meist institutionalisierten Begegnungsformen den Patienten nahebringen. Erhöhte Sensibilität, therapeutische Techniken, politisches Bewußtsein, moralisches Engagement etc. können zu den Lernzielen therapeutischer Gemeinschaften gehören, die in der Gruppensituation erwünschtes Verhalten für alle Gruppenmitglieder werden.

Soziale Beziehungen zwischen Ärzten, Pflegeern und Patienten, um nur die wichtigsten Personengruppen innerhalb einer Klinikgemeinschaft zu nennen, werden als rein personbezogene 'Mensch-zu-Mensch'-Beziehungen verstanden: Status, soziale Herkunft und Funktion im Klinikzusammenhang spielen keine Rolle; auch ist der Beitrag des Arztes im therapeutischen Gesamtgeschehen keineswegs bedeutender als der Hilfsschwester oder eines gelegentlichen Besuchers:

Der Begriff der therapeutischen Gemeinschaft meint den Tatbestand, daß alle Menschen, die in einem psychiatrischen Krankenhaus leben und arbeiten, die Patienten, Schwestern, Pfleger, Ärzte und die anderen Dienstkräfte sich als Partner im therapeutischen Prozeß verstehen und eine organische Einheit bilden mit dem Ziel, den

1 Problematisierung soll hier heißen: Sichtbar-Machen oder Zur-Disposition-Stellen/Zur Diskussion-Stellen von Rollen und Rollenerwartungen

kranken Mitgliedern der Gemeinschaft die besten Voraussetzungen für eine Besserung oder Heilung ihrer Erkrankung zu schaffen¹.

Was in dieser oder ähnlichen Definitionen der Aufgabe von therapeutischen Gemeinschaften als einzig relevantes Kriterium für 'Verschiedenheit' innerhalb der Gemeinschaft offiziell genannt wird, ist die Unterscheidung zwischen 'kranken' und 'gesunden' Mitgliedern der Gemeinschaft, eine Unterscheidung, die entweder antithetisch gesetzt oder auf einem Kontinuum angesiedelt wird, jedoch die einzige bleibt, die für das innergruppale Kommunikationsverfahren von Bedeutung ist.

Funktionale Unterscheidungen, wie sie in Arbeitsgruppen im Betrieb hinsichtlich Status, Aufgabenbereich, finanzieller Entschädigung etc. getroffen werden, sollen für die therapeutische Gemeinschaft nicht gelten: Zwar ist das gesamte Klinik-Personal auch einer therapeutischen Gemeinschaft von der Klinik-Administration angestellt; zwar ist der Arzt juristisch verantwortlich für das physische Wohlergehen des Patienten und der Pfleger dem Arzt als Vorgesetzten untergeordnet; zwar ist der Patient in den meisten Fällen gegen seinen Willen in der Klinik - also Mitglied der Gemeinschaft - doch werden diese Unterschiede, da es wesentlich um therapeutische Interaktionen geht, nicht zur Sprache gebracht. Demontagen von Status-Symbolen sollen die Nivellierung von Unterschieden dokumentieren, die bisher den Klinik-Alltag bestimmten. Auch andere Symbole alter Unterdrückung, wie verschlossene Türen, werden abgeschafft: Die Patienten können sich nun innerhalb des Klinik-Geländes frei bewegen. Einen Schlüssel wie die anderen Klinik-'Bewohner' besitzen sie allerdings nicht, und in der Praxis werden meist nur bisher verschlossene Türen auf Wunsch geöffnet.

1. Mitgliedschaftsbedingungen in der therapeutischen Gemeinschaft

Bewohner der Klinik sind und bleiben die Patienten. Ärzte und psychiatrisches Pflegepersonal verlassen die Klinik nach Beendigung ihrer Arbeitszeit: Die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft fällt zusammen mit der Arbeitszeit der Träger von

1 H.Kayser et al., Gruppenarbeit in der Psychiatrie, Stuttgart 1973,1

Berufsrollen in der Klinik, während die Patienten für die Dauer des Aufenthalts in der Klinik ohne Unterbrechung Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft sind. Soziale Kontakte außerhalb des gemeinschaftlichen Zusammenhangs sind für die Patienten traditionell schwierig; für das Personal aufgrund ihrer Eingebundenheit in außerhospitale Sozialzusammenhänge traditionell selbstverständlich.

Wie steht es nun mit der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft? Therapeutische Gemeinschaften haben als inner-institutionelle Innovationen Experiment-Charakter: Sie werden etabliert durch Vertreter der Institution. Ärzte als die Initiatoren des Experiments entscheiden sich gewiß freiwillig für die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft; Pflegepersonal wird übernommen, manchmal eigens ausgesucht oder geschult für das anstehende Experiment oder von anderen Abteilungen überstellt. Patienten hingegen haben keine Möglichkeit, ihre Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft freiwillig zu wählen: Sie haben weder die Möglichkeit, sich dafür, noch die, sich dagegen zu entscheiden. Wird ihre Abteilung in eine therapeutische Gemeinschaft verwandelt, haben sie sich als Mitglieder zu fühlen. Es ist für die Patienten unmöglich, die Klinik zu verlassen, wenn sie die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft nicht annehmen wollen. Ein Vertreter des Personals, Psychiater oder Pfleger, kann die Gemeinschaft verlassen, indem er den Arbeitsplatz wechselt. Dabei kann er verschiedene Motive geltend machen, wobei neben sachlich-beruflichen auch persönliche Motive als legitim anerkannt werden. Er muß nur eine Kündigung vornehmen, die in den meisten Fällen akzeptiert wird - wenn nicht, kann er vor ein Arbeitsgericht gehen. Die engste Bindung, die ein Vertreter des Personals mit der Klinik eingehen kann, ist ein langfristiger Vertrag. Ist der Betreffende Mitglied einer therapeutischen Gemeinschaft, gilt das gleiche, bzw. es handelt sich hier um Bindungen, die für die therapeutische Gemeinschaft keine Rolle spielen. Pfleger, besonders aber Ärzte, können die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft als Vehikel ihrer beruflichen Karriere betrachten. Sie können mit gleichdenkenden Kollegen eine therapeutische Gemeinschaft begründen, um sich einen Namen als progressiver Therapeut

zu machen; sie können auf diese Weise versuchen, ihre finanzielle Vergütung zu erhöhen oder sich einen Namen in einer bestimmten Partei zu machen, etc. Ebenso aber können sie einer bestimmten moralischen, humanen oder sozialpolitischen Überzeugung ihre berufliche Karriere opfern. Sie können entlassen werden oder vor Gericht angeklagt werden, wenn ein bestimmter Patient, für den sie verantwortlich sind, Schaden erleidet. Sie können innerhalb ihrer wissenschaftlichen Subkultur als 'Idealisten' bezeichnet und lächerlich gemacht werden. Ihr Experiment kann als 'geseheitert' betrachtet werden, ihre berufliche und persönliche Existenz auf diese Weise fremdbestimmt werden. Klinikinsassen, die Mitglieder von therapeutischen Gemeinschaften sind, verlieren durch diese Mitgliedschaft nur in Ausnahmefällen ihren Arbeitsplatz. Ihre berufliche und persönliche Existenz außerhalb der Klinik wird durch die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft nicht berührt. Zwar umfaßt die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft ihre gesamte Existenz in wesentlich stärkerem Maße, als dies bei Ärzten und Pflegern der Fall sein könnte, doch ist diese Erfassung durch die Tatsache der Einweisung in die psychiatrische Klinik und allen damit verbundenen Degradierungsphänomenen bestimmt, die auch dann stattfinden, wenn der Einweisungsort eine therapeutische Gemeinschaft ist.

2. Die therapeutische Gemeinschaft als Arbeitsplatz

Es kann also festgehalten werden, daß die therapeutische Gemeinschaft der Arbeitsplatz von Ärzten und Pflegern sowie allen von der Klinik-Administration angestellten Personen ist, die mit der Versorgung oder Verwaltung der Patienten befaßt sind. Für die in der Gemeinschaft arbeitenden Berufsgruppen enthält die Arbeit als Mitgliedschaftsbedingung alle relativen Freiheiten, die Berufstätigkeit mit sich bringt: Möglichkeit, den Arbeitsplatz zu wechseln; eine begrenzte Arbeitszeit, die von Freizeit unterbrochen wird; Rückzugsmöglichkeit in den privaten Bereich; Bezahlung der Tätigkeit etc.

Die Patienten haben keinen Arbeitsplatz in der Klinik, sie üben ihren Beruf nicht innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft aus - wenn man von Ausnahmefällen absieht, daß Patienten als Hausarbeiter angestellt werden oder im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms Arbeiten in der Klinik übernehmen. Die therapeutische Gemeinschaft ist nicht der Arbeitsplatz für Patienten, sie werden nicht dafür bezahlt, in der therapeutischen Gemeinschaft präsent zu sein oder eine Funktion zu übernehmen.

Das unterscheidet die Patienten, was ihr Selbstverständnis als Mitglieder der Gemeinschaft angeht, grundsätzlich und trennend von allen anderen Mitgliedern der Gemeinschaft. Ein weiteres trennendes Moment ist die schon erwähnte zeitliche Unbegrenztheit der Mitgliedschaft und die Unmöglichkeit, die Mitgliedschaft aufzukündigen. Damit rückt die therapeutische Gemeinschaft für eine in ihr vertretene Personengruppe in die Nähe einer Zwangsgemeinschaft. Für die Personengruppe derjenigen, für die die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft mit der Arbeitszeit zusammenfällt, ist die therapeutische Gemeinschaft keine Zwangsgemeinschaft, sondern eine Arbeitsgruppe oder ein Arbeitsteam, das den Gegenstand seiner Tätigkeit miteinbezieht in den Teambildungsprozeß - oder nicht, je nach Arbeitskonzeption. Aufgrund der verschiedenen vertretenen Berufsgruppen könnte die Rede sein von einem interdisziplinären Team, in dem die Kliniksekretärin ebenso einen Platz hätte wie die Hausangestellte oder die Küchenhilfe: Alle wirken und arbeiten zusammen, um ihre Funktionen besser wahrnehmen zu können. Ihr Zusammenschluß als Arbeitsteam dient den Patienten - wem aber dient der Zusammenschluß, wenn die Patienten selbst Mitglieder werden? Wir haben bereits festgestellt, daß der Arbeitsplatz der Patienten nicht in der Klinik liegt. Können sie trotzdem Mitglied des Arbeitsteams werden, und wenn, in welcher Rolle? Wie definiert das Team sein Arbeitsziel? Hier einige Beispiele verschiedener therapeutischer Gemeinschaften:

Der Kerngedanke ist dieser, daß alle am therapeutischen Prozeß Beteiligten sich bemühen, im Hinblick auf das therapeutische Ziel dem einzelnen ein Maximum an sozialen Erfahrungen und Lernmöglichkeiten zu eröffnen¹

1 Kayser et al., a.a.O., 1

In der Tat bedeutet die Realisierung des therapeutischen Prinzips der Gemeinschaft nicht einfach, wie fälschlich vielfach angenommen, die Anwendung einer neuen Behandlungsform, einer speziellen Methode, sondern sie beinhaltet vielmehr eine Umstrukturierung des psychiatrischen Krankenhauses, insbesondere eine Neugestaltung der Beziehungen zwischen den Kranken und allen Mitarbeitern des Krankenhauses. ¹

The fact is, of course, that there is, as yet, no one model of a therapeutic community and all that is intended is that it should mobilize the interest, skills and enthusiasm of staff and patients and give them sufficient freedom of action to create their own optimal treatment and living conditions ².

...there is much to be learned from observing the patient in a relatively ordinary and familiar social environment ... ³

(Alle Hervorhebungen von mir)

Zitate wie diese könnten ad infinitum aneinandergereiht werden, es würden sich selten konkretere Hinweise auf die tatsächlich von den verschiedenen Berufsgruppen zu verrichtende Arbeit finden. Arbeitsziel des Teams, ob mit oder ohne Beteiligung der Patienten, sind: Lernprozesse, Neugestaltung der Beziehungen, Soziales Lernen, Beobachtung der Patienten etc. Es wird selten hinzugefügt, daß die Arbeit des Teams auch darin besteht, für das physische Wohlergehen der Patienten zu sorgen. Was die tägliche praktische Arbeit angeht, also alles, was nicht 'Kommunikation' oder 'Neugestaltung der Beziehungen' ist, so wird dies in den Konzeptbeschreibungen therapeutischer Gemeinschaften oftmals ganz und gar unterschlagen. Wenn man genaue Beschreibungen des Tagesablaufs findet ⁴ so wird selten von den alltäglichen Handreichungen gesprochen, wie dem Bettenmachen, dem Abspülen von Geschirr etc., wohl aber von Gruppentherapie und Einzelgesprächen, von Abteilungsversammlungen und Arbeitsbesprechungen; bzw. diese Routinetätigkeiten, die zur Berufsrolle des Psychiaters oder des Pflegers gehören, werden nur dann thematisiert, wenn sie anders als üblich gehandhabt werden oder wenn Störungen des Ablaufs eintreten. Alle Routinehandlungen werden nur dann erwähnt, wenn sie nicht mehr routinemäßig stattfinden, nur auf diesem

1 ebd., 1

2 M.Jones, Social Psychiatry, London 1951,73

3 H.A.Wilmer, Social Psychiatry in Action, Springfield (III) 1956,10

4 D.Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt 1972, (London 1967)s. 103 - 105

'Umweg' erfährt man etwas über die alltäglichen und praktischen Tätigkeiten des Personals oder von der veränderten Organisation des Alltags. Offenbar spielt die tägliche Arbeit in der Abteilung, die in eine therapeutische Gemeinschaft verwandelt wurde, im Umwandlungsprozeß keine entscheidende Rolle: entweder, weil diese Arbeit von der Umwandlung unberührt bleibt oder weil die Umwandlung in anderen Bereichen des Zusammenlebens vorrangig stattfindet.

Wir können also zwei wichtige Bereiche festhalten, in denen sich - durch die Umwandlung einer traditionell geführten Klinikabteilung in eine therapeutische Gemeinschaft - wenig oder nichts ändert:

- im Bereich der täglichen Routinearbeit und
- im Bereich des Funktionierens im Rahmen der Berufsrolle, wie sie von 'außerhalb' definiert wird.

3. Die therapeutische Gemeinschaft als veränderte Beziehungsstruktur

Die zentrale Idee, an der man die Nützlichkeit einer sozialen Organisation messen muß, die sich als therapeutische Gemeinschaft proklamiert, definiert sich als bestimmte Beziehung zwischen dem Selbst und den anderen¹

Die therapeutische Gemeinschaft kann charakterisiert werden als ein sich selbst regulierender sozialer Mechanismus ... Die therapeutische Gemeinschaft liefert ein korrigierendes soziales Klima, in dem der Patient seine irrationalen Befürchtungen aus früheren mitmenschlichen Beziehungen neu erleben und verändern kann. Er kann versuchen, gesündere und konstruktivere soziale Beziehungen aufzubauen.²

As in the community at large, one of the most characteristic aspects ... is the type of relationships between people that are to be found within it³

The concept of the therapeutic community stresses the importance of social structure; it underlines the need to focus on roles and role relationships ...⁴

(Alle Hervorhebungen von mir)

Diese wenigen, willkürlich herausgegriffenen Zitate belegen, daß Veränderungen innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft zum größten Teil, wenn nicht ausschließlich, auf der Ebene von

1 D.Cooper, a.a.O., 91

2 A.F.Meszáros, Research Conf. on Ther. Com. 1960,45
zit.n.Kayser, a.a.O.,3

3 WHO-Report zit. nach Clark, Administrative Therapy, 1964,41

4 M.Jones, Beyond the Therapeutic Community, 1968, Intr.

Beziehungen der Mitglieder untereinander stattfinden. Wie diese 'Beziehungen' verändert werden sollen und was sich daraus für die verschiedenen, an der Gemeinschaft beteiligten Gruppierungen ergibt, wird im einzelnen recht genau beschrieben. Angesetzt wird meistens an der 'Rolle' des einzelnen Beteiligten. Vorrangig ist die Veränderung der 'Rolle' oder des 'Status' des Patienten:

Dies bedingt, daß vor allem der übliche Status des Patienten sich ändert. In Zusammenarbeit mit dem staff werden sie jetzt aktive Teilnehmer in der Therapie anderer Patienten, und in einer anderen Weise auch in der gesamten Spitalarbeit - im Gegensatz zu ihrer relativ passiven, nur empfangenden Rolle der konventionellen Therapiegewohnheiten ¹

Dies bedeutet, daß der Patient nunmehr Aktivität entwickeln soll, daß er eine Aufgabe innerhalb der Klinikgemeinschaft erhalten soll, die u.a. darin besteht, andere Patienten zu therapieren. Wie sieht dies konkret aus? Gespräche zwischen Patienten haben vermutlich auch vor der Einrichtung der therapeutischen Gemeinschaft stattgefunden, ohne daß dies als Therapie bezeichnet wurde. Übernimmt der Patient somit einen Teil der Funktionen des Arztes, der bisher das Therapiemonopol hatte? Wird er als Co-Therapeut anerkannt, gar dafür bezahlt? Sicher nicht: er bleibt weiterhin Patient, allerdings mit einer geheimnisvoll veränderten 'Rolle'. Ähnlich geht es dem Pflegepersonal: ihre eigentlich pflegerischen Aufgaben bleiben erhalten, stehen aber nicht mehr im Mittelpunkt ihres beruflichen Selbstverständnisses - ihre zusätzliche Aufgabe besteht vielmehr darin, Kommunikationen mit den Patienten aufzunehmen, die über die bisher übliche, weitgehend pragmatische oder zufallsbedingte Interaktion hinausgehend 'therapeutisch' sein sollen. Diese spontanen, eingespielten oder Zufallsinteraktionen zwischen Personal und Patienten werden nach Einrichtung der therapeutischen Gemeinschaft zu einem Konzept zusammengefaßt als 'Auflösung von Rollenmustern' oder 'two-way-communication'. Gespräche dieser Art, strukturiert zu gruppentherapeutischen Sitzungen oder Abteilungs- und Klinikversammlungen, machen den eigentlich neuen Charakter der Therapiegemeinschaft aus.

1 M.Jones, zit. nach Kayser et al., a.a.O., 3

Doch zunächst zurück zur inhaltlichen Ebene. Was verändert sich nun tatsächlich für die in der Klinikgemeinschaft vertretenen Gruppen? - Für diejenigen Personen, für die die Mitgliedschaft in der therapeutischen Gemeinschaft mit der Arbeitszeit zusammenfällt, verändert sich vorrangig der Arbeitsbereich. Veränderte Beziehungen am Arbeitsplatz - Verbesserung des Betriebsklimas? H.A.Wilmer beschreibt die Veränderung der Beziehungen für die in der Klinik arbeitenden Personen wie folgt:

... it offers compensatory satisfactions. They (das Personal, E.P.) no longer behave automatically but have a right to discuss their views and feelings in daily meetings with patients and other staff. Their personal viewpoints are no longer matters to be concealed behind a professional role, but are legitimate human property. In these daily meetings they have a right to feel ¹

An gleicher Stelle spricht Wilmer von einer 'work-a-day-ethic', womit wohl ausgedrückt werden soll, daß Arbeitsplatzbedingungen verändert werden sollen. Er meint auch, daß

therapeutic community is therapeutic in the first place for the staff ²

Es könnte vermutlich im einzelnen nachgewiesen werden, daß sich für das Personal einer therapeutischen Gemeinschaft in erster Linie die Beziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen ändern, im Sinne einer Entwicklung zur Teamarbeit. Wo die systematischen Grenzen solcher Entwicklungen liegen, wäre ebenfalls aus Konzept und Arbeitsbeschreibung der unterschiedlichen Ansätze zu erschließen. - Für diejenigen Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft, die ihre Mitgliedschaft nicht über Arbeitsrollen vorrangig definieren, wird eine Formulierung der Rolle wesentlich problematischer. Wilmer definiert eher halbherzig:

In the therapeutic community, in contrast, the role assigned to the patient is that of a responsible member of a social group, and the expectation is that his behaviour will conform as nearly as possible to the norms of society ³

Die neue Rolle des Patienten besteht also darin, sich konform zu verhalten und ein verantwortliches Mitglied der Gemeinschaft

1 Wilmer, a.a.O., 15/16

2 ebd.

3 Wilmer, a.a.O., 11

zu sein oder zu werden. Verantwortlich für was, wenn nicht im ganz allgemeinen und inhaltsleeren Sinne von 'verantwortlich für die Gemeinschaft'? Abgesehen davon, daß ein Patient aufgrund bestimmter außerhalb der Gemeinschaft entschiedener Zuschreibungsverfahren keinerlei Verantwortung für die Gemeinschaft übernehmen kann, bleibt festzuhalten, daß eine Rolle für den Patienten in kaum einer Beschreibung therapeutischer Gemeinschaften konkret dargestellt wird.

Wir können also festhalten, daß von den veränderten Arbeitsbeziehungen des Personals die Patienten ausgeschlossen bleiben, auch wenn immer wieder betont wird, daß vor allem ihre Rolle sich ändert.

L.Schittar schreibt zu den Bestimmungsmerkmalen der therapeutischen Gemeinschaft (nach Clark) unter Punkt 3:

Das Bestreben, traditionelle Autoritätsverhältnisse abzubauen und die hierarchische Pyramide, auf deren unterster Stufe von jeher der Patient steht, auf dem sich die Spannungen der ganzen Klinik entladen, allmählich zu nivellieren. 1

In der Hierarchie der Arbeitsbeziehungen nimmt der Patient keine Position ein, wohl aber in der Hierarchie der Klinik, in der er 'von jeher' auf der untersten Stufe steht. Die Position des Patienten wird nicht verändert, wenn sich Arbeitsverhältnisse demokratisieren. Wenn ärztliches und pflegerisches Personal zu einem 'therapeutischen Team' wird, wenn Konflikte, die in der gemeinsamen Arbeitssituation entstehen, in Gruppengesprächen minimiert werden sollen, dann hätten die Probleme der Patienten keinen Platz. Die Teambildung der Träger von Berufsrollen in der therapeutischen Gemeinschaft ist buchstäblich 'von einer anderen Welt', sie hat mit dem Leben der Patienten nichts zu tun, auch wenn eine gemeinsame Situation zeitweise (im Rahmen der Arbeitszeit) besteht: Was 'Veränderung der Beziehungen' für die Patienten ist, ist 'Veränderung der Arbeitsbeziehungen' für das Personal.

1 L.Schittar, Die Ideologie der therapeutischen Gemeinschaft, in: F.Basaglia, Die negierte Institution, Frankfurt 1973, 162

Welche Art von gemeinsamer Situation ist also für Patienten und Personal denkbar? Schafft eine kaum auszufüllende Fülle gemeinsam verbrachter Zeit, die therapeutische Gemeinschaft als 'Lösung des Problems der anderen 23 Stunden' ¹ bereits eine gemeinsame Situation? Tatsächlich wird in psychiatrischen Kliniken wesentlich mehr Zeit mit einer genau definierten Personengruppe verbracht als an den meisten anderen Arbeitsplätzen. Die Arbeitsverhältnisse sind totalisierender als in anderen Institutionen: Von daher ein Übermaß an gemeinsam zu verbringender Zeit, und, das scheint entscheidend zu sein, - an unstrukturierter Zeit. Die pflegerischen und ärztlichen Aufgaben sind, über den Tag verteilt, so minimal, daß es zum Hauptproblem wird, die verbleibende Zeit in sinnvolle, überschaubare Strukturen zu kleiden, die gleichzeitig Aktivitätsstimuli bieten. D.Cooper spricht ironisch von einer 'stillschweigend quantifizierten Kommunikationsmatrix', von der Zusammenfassung der Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft zu zentralen Gruppen, 'um die Vergeudung signifikanter Kommunikationen einzuschränken' ². Nur in diesem Sinne wäre die abstrakte Forderung der 'Verantwortung für die Gemeinschaft' ³ zu verstehen: Indem die Arbeitsgruppe mit der Zwangsgemeinschaft der Patienten zur 'Gemeinschaft' erklärt wird, erhalten die gemeinsam verbrachten Stunden, Tage und Jahre einen neuen Sinn.

4. Die 'Entdeckung' der personalen Beziehungsdimension

Die Institution des Asyls beruht auf einer Reihe von Spaltungen ...(...) Die Kranken drehen sich im Aufenthaltsraum um die eigene Achse, das Pflegepersonal schließt sich in den Zimmern ein, und die Ärzte isolieren sich in ihrem Arztbüro. Zwischen ihnen gibt es keinen Kontakt, also auch keine empfundene Trennung, sondern nur einen Riß in dem Bedeutungsnetz, der für eine Flickarbeit der Einbildungskraft ein vorzügliches Objekt ist.⁴

Diese Spaltung zwischen den Individuen (und damit zwischen den Gruppen) zu beheben, wird durch die Etablierung der 'therapeutischen Gemeinschaft' versucht.

Unter menschlicher Gemeinschaft verstehen wir eine Struktur (besser gesagt: ein sich strukturierendes System), in

1 der Rest des Tages, nachdem die Sitzung des Patienten beim Arzt vorüber ist - zit.n.D.Cooper, a.a.O., 92

2 D.Cooper, a.a.O., 92

3 'responsible member of a social group' H.A.Wilmer, a.a.O., 13

4 J.Hochman, Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie, Frankfurt 1973, 106/107

der die Individuen durch die Botschaften (verbale, affektive, körperliche, ökonomische etc.), die sie innerhalb eines institutionellen Kontextes austauschen, eine Bedeutung erhalten.¹

So könnte also durch die Vorstellung einer Gruppe zusammenarbeitender und zusammen'lebender' Personen als therapeutische Gemeinschaft erreicht werden, daß jedes Mitglied der Gruppe - unabhängig von institutioneller Rolle und Position - als Individuum definiert wird, das Botschaften mit anderen austauscht und damit eine 'Bedeutung' erhält. Wenn ein Individuum eine Bedeutung erhält, wird Kommunikation und Kontakt mit ihm sinnvoll. Damit ist die Grundlage für die Veränderung einer institutionell erstarrten Beziehungsstruktur gegeben, denn:

...es ist also das Hauptprinzip der Institution, zu bewahren (und sich zu bewahren), indem die Kommunikation aufs äußerste reduziert und der Dialog auf einen kodifizierten Austausch, der so wenig wie möglich individualisiert ist, beschränkt wird... (...). Das Ideal des Asyls gebietet, daß sie (Patienten/Pflegepersonal) sich durcheinander definieren, ohne sich gegenseitig zu verändern.²

Hingegen wird durch die (therapeutische) Gemeinschaft der Individuen 'Veränderung durch einander' möglich, da jedes Mitglied der Gemeinschaft als Individuum, das Botschaften austauscht, eine Bedeutung erhält. Miteinander-Reden wird sinnvoll; die Zeit, die man miteinander verbringen muß, kann zum gegenseitigen Austausch genutzt werden. Individuen, unabhängig von Rolle und Funktion, können voneinander lernen: 'To summarize, the concept of social learning implies social interaction around some problem area'³.

'Social learning' und ähnlich benannte Konzepte stehen im Mittelpunkt der Veränderung von Beziehungsstrukturen in therapeutischen Gemeinschaften. Das könnte bedeuten, daß mit der Ermöglichung 'bedeutungsvoller' Kommunikation zwischen Individuen die institutionell geprägten Strukturen zurücktreten zugunsten personaler Strukturen. In der traditionellen Klinik gab es nur eine einzige relevante Beziehungsdimension, die zwischen dem Arbeitenden und seinem Gegenstand, zwischen dem Personal als in gesellschaftlichem Auftrag Handelndem (Bewachen/Aufbewahren/Heilen) und dem

1 ebd.

2 ebd.

3 M.Jones, Beyond the Therapeutic Community, London 1968,73

Objekt seines Handelns, den Patienten, während die Beziehung zwischen Subjekten entweder offiziell geleugnet wurde oder in quasi-private Beziehungen verlegt wurde, welche jedoch keinerlei kommunikativ-therapeutische Relevanz hatten und haben durften. Mit der Einrichtung der therapeutischen Gemeinschaft rückt die zweite mögliche Beziehungsdimension, die 'zwischen-menschliche' Subjekt-Subjekt-Beziehung, zunächst antithetisch in den Mittelpunkt: Diese Ebene wird explizit therapeutisch verfügbar gemacht.

Damit bestehen in der therapeutischen Gemeinschaft, erkannt oder unerkannt, zwei Beziehungssysteme nebeneinander:

- das instrumentell-funktionale Beziehungssystem mit den Berufs- und Arbeitsrollen des dort tätigen Personals (Psychiater/Pfleger). Die Träger von Berufsrollen haben Subjekt-Objekt-Beziehungen zum Gegenstand ihrer Arbeit, den Patienten. Die Patienten selbst sind in das funktionale Beziehungssystem durch ihre Patienten-Rolle eingebaut.
- das personale Beziehungssystem, das die persönlichen Beziehungen der in der therapeutischen Gemeinschaft interagierenden Individuen unabhängig von Rolle und Funktion umfaßt. Die Entdeckung und offizielle Verfügbarmachung dieser Beziehungsebene im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft bietet ein alternatives System von Beziehungen, welches sich der einseitigen Definition der Beziehungen über die jeweiligen im Sozialzusammenhang der Klinik institutionalisierten Rollensysteme entzieht.

Das Nebeneinander, bzw. der Konflikt beider Beziehungsebenen bietet die Möglichkeit, ein methodisches und theoretisches Instrumentarium zu entwickeln, mit welchem die therapeutische Gemeinschaft als sich institutionalisierendes neues Beziehungssystem, welches jedoch von seinem institutionellen Hintergrund, der psychiatrischen Klinik, nicht abzulösen ist, systematisch erfassbar und beschreibbar wird. Dies soll im folgenden versucht werden.

IV. Soziologische Strukturierungen

Aus den vorhergehenden Überlegungen läßt sich das spezielle Erkenntnisinteresse einer soziologisch-systematischen Sichtweise zum Verständnis therapeutischer Gemeinschaften ableiten. H.S.Becker hatte die Vermutung formuliert, daß unsere ethischen Grundüberzeugungen außer der Wahl des Untersuchungsgegenstandes auch 'the uses to which we put our findings' ¹ beeinflussen. Aus dem Vorangegangenen dürfte klar geworden sein, daß es nicht das Interesse der vorliegenden Arbeit ist, der für therapeutische Gemeinschaften eigentlich 'zuständigen' Wissenschaft die Handhabung eines ihrer wenigen soziotherapeutischen Konzepte zu erleichtern (vgl. auch Kap. I). Wenn Chr.v.Ferber meint, daß 'der legitime Beitrag des Soziologen zur Rehabilitation psychisch Behinderter' darin bestehe, die Interaktionsmuster sozialtherapeutischer Institutionen zu verstehen und den Benutzern dieser therapeutischen Technik dieselbe auf diese Weise verfügbar zu machen, so deckt sich diese Auffassung nicht mit der Absicht der vorliegenden Arbeit: sie versteht die Soziologie nicht als Hilfswissenschaft der Psychiatrie, die dann auf den Plan gerufen wird, wenn es im Rahmen psychiatrischer Institutionen 'soziale Probleme' gibt, welche mit Hilfe des dort vorherrschenden Handlungsmodells nicht lösbar sind. Vielmehr wird die therapeutische Gemeinschaft als ein - vielleicht nicht ganz zufällig im Rahmen der Institution Psychiatrie stattfindender - aber keineswegs an diesen Rahmen gebundener Vorgang der Reflexion einer Institution über ihre eigenen Kommunikationsbedingungen verstanden: Die therapeutische Gemeinschaft ist also prinzipiell aus dem Rahmen ablösbar, in dem sie entstand. Eine soziologische Theorie der therapeutischen Gemeinschaft würde aus diesem Grunde zwar mit den wissenschaftsspezifischen Interessen der Psychiatrie nicht kollidieren, sich aber auch niemals decken können.

Dieser Gedanke verdient eine ausführlichere Darstellung. Zunächst sei noch einmal an die Voraussetzungen erinnert, unter denen das medizinisch-psychiatrische Handlungsmodell die Tatsache der psychischen Störung bearbeitet; Krankheit ist ein biologisch-psychodynamisches Phänomen, das durch adäquate therapeutische und pharmakologische Beeinflussung zum Verschwinden gebracht werden kann (um

die derzeit gebräuchlichsten Behandlungsmethoden zu nennen, die über 'Verwahrung' hinausgehen). Das betroffene Individuum, der Kranke, kann also unter günstigen Bedingungen im Rahmen der 'richtigen' Therapie geheilt werden und in seine frühere Umgebung zurückkehren. Dort findet er meist unveränderte soziale Umgebungsbedingungen vor, welche zwar im Prinzip als extrem belastend identifiziert werden; doch da man dem Individuum im Rahmen der psychiatrischen Behandlung nur Möglichkeiten geschaffen hat, sich innerhalb des psychischen Systems zu verändern, übergibt man ihm allein die Verantwortung zur Veränderung des sozialen Kontextes - wenn man diesen nicht von vornherein als Konstante betrachtet, der die Krankheit weder vor noch nach der Hospitalisierung zu beeinflussen vermochte. Diese Vorstellung von Krankheit - aber auch vom Kranken als sozialem Wesen - läßt im Prinzip die Annahme von Wirksamkeit sozialer Faktoren bei der Beeinflussung psychischer Störungen gar nicht zu. (Zur ausf. Darstellung dieses Komplexes s.H.Keupp, Psychische Störungen als abweichendes Verhalten, München/Wien/Berlin 1972,93 ff.) Das person- und krankheitsbezogene Handlungsmodell der Psychiatrie wird Konzepte wie das der therapeutischen Gemeinschaft immer nur in dem Sinne verstehen und benutzen können, daß die Wirksamkeit der 'Gemeinschaft' oder des 'Sozialen' auf den Verlauf der im Individuum angesiedelten Krankheit oder Störung wiederum nur am Individuum selbst überprüft wird: wird das Individuum 'gesund', hat sich die Behandlung als effektiv erwiesen.

Die Wirksamkeit des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft auf die soziale Struktur der Institution Psychiatrie ist nur im Rahmen des wissenschaftsspezifischen Erkenntnisinteresses der Soziologie zu erfassen. Nur ein soziologischer Ansatz kann das Wechselverhältnis zwischen verfestigter, zur Institution geronnener Sozialbeziehung zwischen Individuen in unterschiedlichen - auch antagonistischen - Rollen und Positionen und einem - sich institutionalisierendem - Versuch, diese Verfestigungen aufzulösen, theoretisch erfassen und beschreiben.

Nun ist die Soziologie zwar durchaus damit befaßt, Institutionen als systematische Kommunikationszusammenhänge zu begreifen und zu beschreiben - für die Beschreibung und Erfassung von sozialen Gebilden, die der De-Institutionalisierung dienen, fehlen weitgehend die Kategorien. Dies mag seinen systematischen Grund darin haben, daß solche Prozesse im Rahmen des Gesamtgegenstandes der Soziologie noch nicht beobachtet werden konnten. Denkbar ist aber auch, daß Konzepte wie das der therapeutischen Gemeinschaft als soziologischer Gegenstand noch unentdeckt sind, weil sie

sich im Theorie- und Handlungsbereich anderer Wissenschaften etabliert haben und nur mit deren spezifischem Erkenntnis- und Beschreibungsinstrumentariums angegangen worden sind.

Desweiteren kann soziologisches Denken zwar Prozesse der Destabilisierung als 'Funktionsverlust' o.ä.¹ begreifen, scheint aber nicht in der Lage zu sein, diese Prozesse von den betreffenden gesellschaftlichen Institutionen abzulösen und als eigenständige Vorgänge konzeptuell zusammenzufassen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen Vorschläge gemacht werden, wie ein solches Konzept zu erarbeiten wäre.

Es besteht die Absicht, die genannten Veränderungsschwerpunkte der 'therapeutischen Gemeinschaft' (vgl.Kap.III) mit Hilfe soziologischer Begriffe neu zu formulieren und damit einen Versuch zu machen, die therapeutische Gemeinschaft als soziales Gebilde zu betrachten, in dem die einzelnen Mitglieder - gleichgültig, ob es sich um Patienten oder Träger von Berufsrollen, um 'Kranke' oder 'Gesunde' handelt - miteinander in Interaktion treten und sich um eine Neuformulierung ihrer kommunikativen Bedingungen bemühen. Dies soll heißen, daß die Tatsache der Krankheit eines Teils ihrer Mitglieder notwendigerweise 'ausgeklammert' werden muß: Sie hat in einem soziologischem Konzept von therapeutischer Gemeinschaft nichts zu suchen. Als Legitimation kann angeführt werden, daß im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft selbst die Tatsache von 'Krankheit' (Kommunikationsunfähigkeit oder beschreibbare Kommunikationsstörung) weitgehend mißachtet oder aber stillschweigend übergangen wird: im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft wird mit 'Kranken' wie mit 'Als-Ob-Normalen' interagiert: während die Tatsache der 'Krankheit' selbst durch den Status 'Patient' vorgegeben und stabilisiert ist. Aber gerade dieser Status soll im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft explizit problematisiert/verändert werden. In jedem Falle ist die Bedeutsamkeit der sozialen Kriterien bei der Zuweisung des 'Patienten-Status' so erheblich, daß die Diskussion der individuellen Ausprägungen psychischer Störungen einen soziologischen Ansatz erheblich relativieren würde. Selbstverständlich

¹ vgl. familiensoziologische Untersuchungen, beispielsweise F.Neidhardt, Die Familie in Deutschland, Opladen 1975

soll damit die Tatsache von individueller Ausprägung psychischer Störung nicht geleugnet werden, nur ist das Gemeinsame an der sozialen Lage psychisch gestörter Personen innerhalb psychiatrischer Institutionen (bzw. therapeutischer Gemeinschaften) der einmal erreichte Status 'Patient'. Mit P.Runde wird die Tatsache der Institutionalisierung psychischer Störung als eine 'sozio-kulturell bedingte Form der gesellschaftlichen Aktion gegenüber psychisch behinderten Individuen' ¹ betrachtet, und damit der Aufenthalt dieser Individuen in Kliniken oder ihrer hier zur Diskussion stehenden Sonderform einzig unter dem soziologischen Gesichtspunkt der 'Abweichung', bzw. der gesellschaftlichen Reaktion auf diese, gesehen.

Die aus den Veränderungsschwerpunkten der therapeutischen Gemeinschaft sich ergebenden, zur Klärung und soziologischen Systematisierung herangezogenen Teil-Diskussionen der Soziologie bedürfen ebenfalls der theoretischen Absicherung im Rahmen dieser Arbeit; zumal sich weitere Standard-Diskussionen und ihr jeweiliges methodisches Instrumentarium als Erklärungsgrundlage angeboten hätten. Es sei nur an die 'Soziologie der Gruppe' ² in ihren verschiedenen Ausprägungen und theoretischen Verankerungen erinnert. Jedoch scheint mir, daß die therapeutische Gemeinschaft als 'Gruppe' niemals beschreibbar wird: Nicht nur, daß die prinzipielle Dynamik des kommunikativen Geschehens in therapeutischen Gemeinschaften nicht erfaßbar wird, wenn man Positionen innerhalb dieser Gruppen analysiert, die zudem vermutlich von vorneherein feststehen; die Problematik der systematischen soziologischen Erfassung der therapeutischen Gemeinschaft liegt vielmehr gerade in ihrem Doppelstatus als eigenes System und als Teil einer Institution. Gerade aber Außenbeziehungen von Gruppen und deren vielfältige Verflechtungen mit der institutionellen und nicht-institutionellen Umwelt kann die 'Soziologie der Gruppe' nur unzureichend erfassen. Der Reiz der theoretischen Erschließung des Konzepts 'therapeutische Gemeinschaft' liegt aber gerade darin, aufzuzeigen, auf welche Weise dieses Konzept in die Institution 'Psychiatrie' hineinwirkt und deren institutionelle Widersprüche bloßlegt bzw. darüber hinaus die institutionelle Bearbeitung psychischer Störungen als 'gesellschaftliche Aktion' deutlich macht.

1 P.Runde, op.cit., 11

2 vgl.zus.fassend: Th.Mills, Soziologie der Gruppe, München 1969

Die Auswahl soziologischer Teildiskussionen als Erklärungs- und Systematisierungsgrundlagen ergibt sich - außer aus dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft selbst - auch aus dem Interesse, den eine gelungene oder gelingende therapeutische Gemeinschaft als isolierte Modellsituation für andere institutionell verfestigte Bereiche der Gesellschaft hat. Institutionalisierungen machen sich an Rollen fest - sei es nun die Berufsrolle des psychiatrischen Personals oder die Patientenrolle. Will man institutionelle Strukturen verändern, die nachseislich mehr schaden als nützen (vgl.Kap.II), so bietet sich tatsächlich die Anbindung von Veränderungsinteressen an die Problematisierung von Rollen und deren verhaltensmäßigen Inhalten an. Gleichzeitig aber könnten die ausgewählten Teildiskussionen u.U. die Richtung der Veränderung angeben, und würden damit die systematische Beschreibung therapeutischer Gemeinschaften ihrem unfruchtbaren Status reiner Definition vorgefundener Strukturen entheben; vielmehr könnten sich in ihnen, gerade auf dem Hintergrund der statischen 'Kommunikations'-Struktur der psychiatrischen Klinik, der Wert und die Wirkung des Konzepts für eine Selbstanalyse eben dieser Struktur zeigen. So ist die Analyse der Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals nützlich für das Verständnis der Patientenrolle als mögliches Endprodukt von problematischen Arbeitsbedingungen; ¹ so ruft der Wunsch nach einer Setzung neuer Berufsinhalte das Verständnis für eine Ent-Formalisierung der Arbeitsbeziehungen hervor ². Konzepte wie das der 'social learning' können ebenfalls Überlegungen zu den Inhalten traditioneller Berufsrollen-Vorstellungen auslösen. Das Leiden an der 'totalen Öffentlichkeit' der Lebenssituation psychiatrischer Insassen zeigt die Wichtigkeit und Bedeutung des eigenen privaten Bereichs auf, und lenkt den Blick auf die dort praktizierten Verhaltensformen von Intimität und Emotionalität, welche am Arbeitsplatz nicht vorhanden sind - umso mehr aber denjenigen fehlen, die 'Gegenstand der Arbeit' sind und diesen Privatbereich nicht besitzen ³.

Der weitaus interessanteste Aspekt der therapeutischen Gemeinschaft ist jedoch der institutionalisierte Versuch, mit einer

1 vgl. die 'Entfremdungsdiskussion' im Rahmen der Berufssoziologie

2 vgl. die Diskussion über die Dichotomie 'Privatheit-Öffentlichkeit'

3 dto.

Personenkategorie in Kommunikation zu treten, die außerhalb des gewählten sozialen Zusammenhangs als kommunikationsunfähig im allerweitesten Sinne gilt. Zwar sind die hier zu machenden Erfahrungen nicht ohne weiteres übertragbar, da die Kommunikation mit dieser Gruppe in einer doch weitgehend von normativen Erwartungen befreiten Umgebung stattfindet, und die normativen Erwartungen dementsprechend heruntergeschraubt werden können. Aber gerade deswegen werden normative Erwartungen 'simulativ verfügbar'¹. Ein solches Experiment und seine theoretisch-wissenschaftliche Verfügbarkeit und evtl. Wiederholbarkeit für andere gesellschaftliche Bereiche sollten den Soziologen wenn nicht faszinieren, so doch nachhaltig interessieren.

Die therapeutische Gemeinschaft aus ihrem 'therapeutischen' Schonraum herauszulösen und als eminent soziologisches 'soziales Experiment' zu definieren, hat sich die vorliegende Arbeit zum Ziel gesetzt. Die gewählte Methode ist die der systematischen Beschreibung eines etablierten Konzepts der Destabilisierung-Stabilisierung im begrenzten Handlungsraum einer Institution mit Hilfe soziologischer Begriffskategorien. Es wird von der Annahme ausgegangen, daß in einer sich verändernden Institution bestimmte institutionelle Vorstrukturierungen, welche z.T. an die Institution selbst gebunden bleiben, z.T. transorganisationelle Kategorien darstellen, mit innovativen Interaktionsmustern 'institutionsfreier Kommunikation'² zusammentreffen und evtl. kollidieren. Aus der Ko-Existenz dieser Verhaltens- und Interaktionsmuster werden zum Zwecke der analytischen Beschreibung zwei Ebenen von Beziehungen angenommen, von denen eine die angenommenen Vorstrukturierungen beinhaltet, während die andere die der institutionsfreien (also von Vorstrukturierungen scheinbar freien) Beziehung ist.

Es wird desweiteren davon ausgegangen, daß mit der Beschreibung einer Sozialstruktur, sei sie nun institutionalisiert oder nicht, immer nur die Beschreibung von Beziehungen zwischen Personen oder Personengruppen gemeint sein kann. Gerade weil in der therapeutischen Gemeinschaft 'Beziehungen' zum Kriterium von Veränderung werden, scheint dieser Hinweis sinnvoll.

1 P.Runde, a.a.O., 30

2 P.Runde, op.cit., 51

Wenn Beziehungsverhältnisse verändert werden sollen, müssen Rolleninhalte problematisiert werden. Da im psychiatrischen Krankenhaus, wie in jeder Institution, Rollen und Rollenerwartungen zu 'Erwartungsordnungen' ¹ geworden sind, und Rollenträger zu Statusgruppen zusammengefaßt werden können, welche die soziale Struktur der Klinik konstituieren und die Grundlage der Klinik-Hierarchie bilden, ist die Problematisierung von Rollen und Rolleninhalten eine Reflexion über die Sozialstruktur der Klinik. Wenn noch zusätzlich über die Rolle des Patienten als Träger einer sozialen Identität, um die herum sich der soziale Zusammenhang 'Klinik' überhaupt erst konstituiert, systematisch und kollektiv reflektiert wird, so wird die Zielsetzung der Institution mit in die Reflexion einbezogen.

In diesem Sinne ist die Problematisierung von Rollen - besonders aber der Patientenrolle - eine Problematisierung auch des Selbstverständnisses der Institution.

Inwieweit solche Prozesse der Selbstreflexion tatsächlich imstande sind, aus der Problematisierung heraus auch faktische Veränderungen zu produzieren, ist selbstverständlich nicht allein dem klinik-internen Aushandeln von Kommunikationsbedingungen überlassen. Vielmehr hängt dies im Prinzip von der Stärke und Verfestigung der soziokulturellen Vorstrukturierungen bzw. zunächst einmal von der Anerkennung ihrer Existenz, weitgehend ab. Doch soll dies an anderer Stelle zur Sprache kommen (vgl. Kap. V): Hier geht es lediglich um die idealtypische Darstellung eines soziologischen Beschreibungsansatzes zum Verständnis der therapeutischen Gemeinschaft ².

1 P.Runde, op.cit., 55

2 Eine weitere Hypothese, die in diesem Rahmen zunächst nur angedeutet werden soll, wäre die anhand der hinzugezogenen Literatur zu überprüfende Annahme, daß sich auf der bereits erwähnten analytischen Ebene 'institutionsfreier Kommunikation', welche scheinbar frei von Vorstrukturierungen durch institutionalisierte Beziehungsverhältnisse ist, und die deshalb als 'personale Beziehungsebene' sozial wahrgenommen wird, familiär geprägte Interaktionsmuster, wie sie zwischen Subjekten im privaten Beziehungsraum erlernt wurden, durchsetzen.

Es sollte zum Ausdruck gebracht werden, daß das soziologische Erkenntnisinteresse an der Erforschung therapeutischer Gemeinschaften sich nicht auf ein theoretisch-systematisches Verstehen der kommunikativen Abläufe im Rahmen eines Gruppengeschehens beschränken darf. Die soziale Tatsache der Institution, vor deren Hintergrund sich Umstrukturierungsprozesse etablieren, welche in der Konsequenz eine Neuformulierung institutioneller Zielsetzungen hervorbringen sollen, muß in theoretisch-systematische Überlegungen mit eingehen.

V. Systematische Darstellung therapeutischer Gemeinschaften

Aus der im vorangegangenen Kapitel nachgewiesenen Notwendigkeit der parallelen Existenz zweier Beziehungsebenen in therapeutischen Gemeinschaften - von denen eine die institutionellen Vorstrukturierungen enthält, welche auch in sich wandelnden Beziehungsverhältnissen bestehen bleiben; während die andere innovative Interaktionsmuster nach dem Modell der 'institutionsfreien Kommunikation' beinhaltet, welche zum großen Teil aus dem Verhaltensrepertoire des personalen Interaktionsmodus stammen - ergibt sich das theoretisch-methodische Instrumentarium zur Darstellung verschiedener Typen von therapeutischen Gemeinschaften. Es handelt sich zunächst im wesentlichen um zwei Typen:

Der instrumentell-funktionale Typus therapeutischer Gemeinschaften siedelt seine Veränderungsabsicht vorrangig auf der funktionalen Beziehungsebene an, und stellt schwerpunktmäßig die Veränderung bzw. Neuformulierung der Berufsrollen und die Problematisierung der Arbeitsbeziehungen in den Mittelpunkt. Alle Instrumente des Gemeinschaftslebens dienen der Selbstverständigung des Personals. Das Konzept der 'therapeutischen Gemeinschaft' wird als Struktur verstanden, welche die therapeutische Effizienz der Klinik-Arbeit verbessern soll. Die personale Beziehungsdimension, welche dem 'Arbeitsgegenstand' des Personals (welcher im Rahmen dieses Typus auch 'Arbeitsgegenstand' im Prinzip bleibt), den Patienten, die Möglichkeit eröffnen sollte, unabhängig von der Tatsache der Krankheit und Internierung als Individuum mit anderen Individuen zu kommunizieren und sich als 'Subjekt' zu fühlen, wird in Gemeinschaften dieses Typus tendenziell ausschließlich als Verbesserung der Beziehungen des Personals umgedeutet: was allerdings den subjektiven Irrtum nicht ausschließen muß, dies alles 'im Interesse des Patienten' zu tun. Die Patienten bleiben in jedem Fall von der Veränderung der Beziehungsverhältnisse ausgeschlossen. Zweck und Absicht dieses Typus von therapeutischer Gemeinschaft ist vor allem, Effizienz-Defizite traditioneller Klinik-Arbeit durch Verbesserung des 'Betriebsklimas' auszugleichen und

das brachliegende Potential möglicher Patienten-Aktivität therapeutisch-instrumentalisiert abzuschöpfen. Unter dem wissenschaftlich-technischen Deckmantel des Interaktions-Managements und einer fortschrittlichen therapeutischen Methode werden die traditionellen Mechanismen der Beziehungslosigkeit und Degradierungszeremonien intakt erhalten.

Der personal orientierte Typus therapeutischer Gemeinschaften siedelt seine Veränderungsabsicht auf der neuentdeckten personalen Beziehungsdimension an und vernachlässigt tendenziell die institutionelle Ebene mit den schon erwähnten Vorstrukturierungen. Alle Beziehungen zwischen Personal und Patienten werden als rein persönliche um- und mißgedeutet, die Tatsache von unterschiedlicher Qualifikation, unterschiedlicher sozialer Situation und Funktionsdifferenzierung werden geleugnet; soziale Verhältnisse werden personifiziert. Beziehungen zwischen Funktionsträgern der Klinik und Patienten können im Rahmen dieses Typus nicht mehr als effektiv vorhandene Abhängigkeitsverhältnisse wahrgenommen werden; es tritt eine Familisierung-Infantilisierung der Beziehungen an ihre Stelle. Dieser Typus von therapeutischer Gemeinschaft tendiert dazu, zu einer 'großen Familie' zu verkommen und damit tatsächlich vorhandene Abhängigkeit noch zusätzlich und unnötig zu mystifizieren, also undurchschaubar zu machen.

Beide Typen von therapeutischen Gemeinschaften sind in reiner Form tendenziell pathogen: Während der erste Typus Beziehungsverhältnisse in technisch-therapeutischer Absicht instrumentalisiert, verhindert der zweite Typus durch Leugnung bzw. Nivellierung institutioneller und trans-institutioneller Vorstrukturierungen eine realistische Einschätzung der Beziehungen zwischen den in der Klinik interagierenden Gruppen als 'soziales Verhältnis' und perpetuiert damit evtl. pathogene Familienstrukturen in einer Umgebung, die ihrer eigenen expliziten Absicht nach korrektive emotionale Erfahrungen ermöglichen sollte.

1. Therapeutische Gemeinschaften
instrumentell-funktionalen Typs

Therapeutische Gemeinschaften, die als bewußte Innovation oder als Hinweis auf die Reformbereitschaft einer Klinik eingerichtet werden, - beispielsweise innerhalb eines Krankenhauses, das sonst noch alle Charakteristiken einer custodialen Einrichtung trägt, können instrumentelle Beziehungen in den Mittelpunkt des Veränderungsinteresses stellen. Dies bedeutet, daß institutionelle Vorstrukturierungen, beispielsweise die Komplementär-Beziehung Arzt-Patient, im Rahmen der veränderten Beziehungsstruktur der therapeutischen Gemeinschaft relativ unberührt bleiben; daß Rollendefinitionen im Prinzip beibehalten werden, daß aber die wichtigsten funktionalen Rollen im Rahmen der Klinik (Psychiater/Pfleger etc.) um Zusatzfunktionen erweitert werden. Diesen Typ von Gemeinschaft findet man häufig dort - wo Umstrukturierungen aus personaltechnischen und ökonomischen Gründen vorgenommen werden müssen - wo die therapeutische Gemeinschaft ausschließlich als therapeutisch wirksame 'Beziehungs-Technik' verstanden und eingesetzt wird.

Häufig sind diese therapeutischen Gemeinschaften 'Modell-einrichtungen' für Patienten mit guter Prognose (oft erstmalig Hospitalisierte) oder mit dem 'passenden' therapiegeeigneten Krankheitsbild. Diese Modelleinrichtungen sind in manchen Fällen personell überdurchschnittlich besetzt und arbeiten 'therapieintensiv'.

Auch in diesem Falle gelten die an anderer Stelle herausgearbeiteten Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft (vgl. III), jedoch überwiegt bei der Durchführung dieser Prinzipien im Rahmen des Gesamtprojekts der technische (im Sinne von therapie-technische) Aspekt. Personale Beziehungen zwischen Personal und Patienten treten in den Hintergrund, um der Notwendigkeit gerecht zu werden, therapeutische Techniken auf dem neuesten Stand zu halten und korrekt einzusetzen. Gemeinschaftstherapie wird vom Personal als zusätzlich zu erlernende Fertigkeit gefordert -

außer der üblichen Stationsarbeit gibt es abendliche Sitzungen, Gruppenbesprechungen und Weiterbildungsveranstaltungen. Die 'Veränderung der Beziehungen' drückt sich für das therapeutische Personal als Erweiterung der Arbeitsrolle aus. Besondere Anstrengungen sind vom schlechter qualifizierten Personal zu erbringen; man könnte ohne weiteres von einer partiellen Neuformulierung der Arbeitsrolle sprechen: Von der Schwerpunktsetzung auf bewachend-betreuende Funktionen hin zur Betonung des therapeutisch-beziehungstechnischen Aspekts der Arbeitsrolle. Die instrumentell-funktionale Beziehungsdimension wird also um therapeutische Zusatzfähigkeiten erweitert, und das Personal wird zum Erwerb dieser Fähigkeiten gezwungen (über besondere Ausbildungsangebote oder über persönlich zu erbringende Zusatz-Motivation), wenn es in der Abteilungs-Subkultur bestehen will. Die Beziehungen zwischen Personal und Patienten, die auch vorher schon bestanden hatten, werden neu definiert: Sie sind jetzt schon in ihren geringfügigsten Ausformungen 'therapeutische' Kontakte, die im Gruppenzusammenhang der Arbeits- und Therapie-Situation reflektiert bzw. legitimiert werden müssen.

Die Patienten haben in der therapeutischen Gemeinschaft instrumentell-funktionalen Typs keine wesentlich veränderte Rolle im Vergleich zur traditionellen Klinik: nach wie vor geschieht jegliche, als therapeutisch definierte Aktivität zu ihrem 'Wohl', aber ohne ihre Beteiligung.

- 1.1. H.A.Wilmer, der eine der ersten therapeutischen Gemeinschaften in den USA einrichtete ¹, ist davon überzeugt, daß 'a therapeutic community is therapeutic in the first place for the staff' ², und zwar in dem Sinne, daß das psychiatrische Personal aufgrund der veränderten Arbeitsbedingungen in die Lage

1 Das 'Center for Psychodiagnostics' in Oakland/Kalifornien, die Aufnahmestation eines Marinekrankenhauses, erhielt so viel Publizität, daß sogar ein Film darüber gedreht wurde ('People need People'). Wilmers therapeutische Gemeinschaft war jedoch nicht nur Teil eines militärischen Befehls- und Hierarchie-Zusammenhangs, sondern noch zusätzlich eine Abteilung mit geschlossenen Türen. Trotzdem galt diese therapeutische Gemeinschaft lange Zeit in den USA als vorbildlich und als 'Modell' der therapeutischen Gemeinschaft schlechthin.

2 H.A.Wilmer, Social Psychiatry in Action, Springfield (III.) New York 1958,17

versetzt wird, die Atmosphäre in der therapeutischen Gemeinschaft positiv zu gestalten: 'The very atmosphere of the community springs in the first place from the staff, and it is in the handling of their potential that the authority of the therapeutic community is on test' ¹.

Das psychiatrische Personal in Wilmers therapeutischer Gemeinschaft war nicht nur aus dem gemeinsamen Prozeß des 'social learning' ausgeschlossen, bzw. prinzipiell nicht eingeschlossen, wie es nach dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft zu erwarten wäre, sondern sollte vielmehr die therapeutische Gemeinschaft als psychosozilogische Technik benutzen lernen, ohne an der eigenen Arbeitsrolle wesentliche Veränderungen vornehmen zu müssen. Die Absicht Wilmers und seine 'staff' war eine doppelte:

Zum einen sollte die zu Kriegszeiten herrschende Personalknappheit durch die Verteilung therapeutischer Aufgaben an die gesamte Klinik-Gemeinschaft aufgefangen werden. Dabei war, neben der eigentlich therapeutischen Arbeit, sicher vor allem an Hausarbeit etc. gedacht, die von den Patienten eigenständig erledigt wurde - eine gute militärische Tradition, die in die psychiatrische Klinik verpflanzt wurde. Wilmer:

In view of this situation, new methods of patients management must obviously be found that will narrow the gap between staff requirements and supply by increasing the effectiveness of the existing staff
(Herv.von mir, s.9)

Wilmer, der ausdrücklich von der 'therapeutic community technique of social psychiatry' (s.9) spricht, meint, daß der Versuch, Patienten und Personal in Kooperation zu bringen, bei der Aufrechterhaltung der Abteilungs-Organisation nützlich sein könne und auch neue Möglichkeiten eröffne 'for therapy through social interactions' (s.9). Wenn hingegen das psychiatrische Personal weiter in seiner traditionellen Rolle bleibe, könne das Problem der Personalknappheit nicht gelöst werden.

Ein anderer, bedeutsamer Grund, weshalb Wilmer die Technik der therapeutischen Gemeinschaft in seiner Abteilung durch-

setzen konnte, war die Möglichkeit, das wenige Personal, das ihm vermutlich zur Verfügung stand, bei der Stange zu halten:

The second type of solutions gives the staff no security of this kind (Wilmer meint die Sicherheit des traditionellen klinischen Rollenverhaltens, E.P.), but it offers compensatory satisfactions. They need no longer behave automatically but have a right to discuss their views and feelings in daily meetings with patients and other staff. Their personal viewpoints are no longer matters to be concealed behind a professional role, but are legitimate human property. In these daily meetings they have a right to feel (s.15/16).

Die kompensatorische Befriedigung, die die Arbeit in der neuen Abteilungsstruktur verschaffte, war ohne jeden Zweifel eine versuchsweise Setzung neuer Berufsinhalte für das therapeutische Personal. Im Rahmen der Berufsrolle, deren alte Sicherheit allerdings aufgegeben werden mußte, konnte das psychiatrische Personal nunmehr persönliches Engagement und 'feeling' einbringen, ohne daß die formale Arbeitsbeziehungsstruktur gefährdet war. Es konnten Personleistungen erbracht werden, die aber an Funktionsleistungen gebunden blieben und deshalb nicht jene massiven Unsicherheiten hervorriefen, die eine Emotionalisierung formaler Arbeitsbeziehungen mit sich bringen kann. Zweifellos war dies eine Möglichkeit, sich im Rahmen der Arbeitsrolle zusätzliche persönliche Befriedigung zu verschaffen - auch das subjektive Gefühl von der Bedeutung der eigenen Tätigkeit konnte auf diese Weise bestätigt werden.

Was aber profitierten die Patienten, das eigentliche 'Objekt' der Arbeit des Personals, von deren veränderter Arbeitsrolle? Scheinbar war ja alles zu ihrem Wohle veranstaltet - wobei die materielle Notwendigkeit, die sich aus der erwähnten Personalknappheit ergab, den Patienten vermutlich nicht bekannt wurde. Sie erfuhren lediglich, daß sie nunmehr an der Abteilungsarbeit, ebenso wie an der therapeutischen Aktivität, mitbeteiligt werden sollten. Desweiteren diente die neue Struktur dazu, das Verhalten der Patienten zu beobachten:

...there is much to be learned by observing the patient in a relatively ordinary and familiar social environment, so that his usual ways of relating to other people, reaction to stress and so on can be observed (s.10).

Ganz abgesehen von dem Zynismus, der in der Aussage liegt, daß eine Klinik-Abteilung, selbst wenn sie in eine therapeutische Gemeinschaft umgewandelt worden ist, eine 'gewöhnliche' und 'vertraute' Umgebung sei, ist aber über die veränderte Rolle des Patienten nichts zu erfahren; außer daß er nach wie vor Arbeitsgegenstand und Beobachtungsobjekt des Personals ist - mit dem Unterschied, daß die Beobachtungssituation leicht modifiziert wurde. Doch hat diese Beobachtung durchaus einen Sinn, jedoch wiederum nur für das Personal; welches dann allerdings seine Beobachtungen an den Patienten weiterzugeben hat:

If at the same time he can be made aware of the effect of his behaviour on other people and helped to understand some of the motivations underlying his actions, the situation is potentially therapeutic. (s.10)

Therapeutisches Ziel des gesamten Unternehmens ist, auf einen kurzen Nenner gebracht, nach wie vor die Kontrolle des Verhaltens des Patienten, bzw. erweitert um den Versuch, den Patienten zur Selbstkontrolle zu bringen: 'The underlying philosophy is that the social process is capable both of modifying behaviour and effecting clinical improvement by giving the patients the incentive to control himself and by developing his ability to do so' (s.19). Der 'soziale Prozess', die therapeutische Gemeinschaft, sollen dem Patienten den Anstoß geben, sich selbst kontrollieren zu lernen. Hier ist die Frage berechtigt, warum eine 'Gemeinschaft' mit äußerst unkontrollierbaren Einflüssen eher in der Lage sein sollte, dem Patienten zur Selbstkontrolle zu verhelfen als eine ganz und gar traditionelle, aber zumindest kontrollierte therapeutische Dyade. Wilmer ist jedoch davon überzeugt, daß die Umgebung - das Milieu - therapeutisch wirksam ist, weil es so weit wie möglich den Typus von Beziehungen und Handlungen reproduziert, der auch in der Außenwelt ausgeübt wird: Der Patient soll in der Klinik für die Außenwelt alltägliche Kommunikationen erproben, ungeachtet der Tatsache, daß er sich in einer 'Gemeinschaft der Ausgeschlossenen' (Basaglia) befindet, in der ein großer Teil der möglichen Interaktionspartner einzig und allein im Rahmen der Berufsrolle und der Arbeitszeit mit ihm interagiert und kommuniziert. Gäbe es wirklich keinen Unterschied

zwischen der Außenwelt und der therapeutischen Gemeinschaft, bzw. bestünde überhaupt die Absicht, diese Unterschiede zunächst zu sehen und dann aufzuheben, so gäbe es keinen Grund, die Türen verschlossen zu halten und die Patienten daran zu hindern, mit dieser Außenwelt zu kommunizieren, oder zumindest, die Außenwelt nicht noch zusätzlich aus der Gemeinschaft auszuschließen. Doch Wilmer besteht darauf: 'Staff-patient and patient-patient relations take their form like the relations of persons in the outside world, from common membership in the social group and the mutual responsibility that attends his membership' (s.9).

Andererseits jedoch ist Wilmer davon überzeugt, 'that the world is shut out from the hospital' (s.32), womit er der Realität seines therapeutischen Milieus vermutlich näher kommt. In jedem Fall ist die Arbeit des Personals darauf bezogen, den Patienten zu einem veränderten Verhalten zu bewegen, wobei das 'community meeting' das wichtigste therapeutische Instrument ist. In diesen Sitzungen werden Methoden mit dem Therapeuten und anderen Mitgliedern der Gemeinschaft besprochen 'for overcoming the social chaos they create and the mental chaos within them' (s.32/33).

Das in der therapeutischen Gemeinschaft häufig benutzte Mittel zur Durchsetzung des expliziten Ziels, nämlich dem Patienten beizubringen, sein Verhalten zu kontrollieren, ist - nicht wesentlich anders als in der traditionellen Klinik - die Belohnung und die Sanktion. So schreibt D.Clark; ¹ der über die 'Rolle des Doktors' in der therapeutischen Gemeinschaft eine Arbeit verfaßt hat:

Since, in the wider sense, our society is in constant doubt about how to control deviant behaviour...it is hardly surprising that this theme constantly recurs in the hospital. The important thing is to discuss it openly and honestly, again and again. (s.71)

Was hier offen diskutiert werden soll, ist die schon in der traditionellen Klinik bewährte Methode, Verhaltensänderung durch ein System von Belohnungen und Sanktionen zu erreichen. Da Clark der Meinung ist, daß Sanktionen und Belohnungen zum Leben gehören

1 D.Clark, Administrative Therapy, London 1964

und Verhaltenskontrolle einsetzt, sobald Menschen zusammenleben, sollen diese Sanktionen und Belohnungen zielgerichtet zur Verhaltenskontrolle eingesetzt werden.

One of the most useful methods of social learning is to see reward or discouragement meted out to other people who are doing what yourself had a mind to do. We need therefore have no qualms or guilt about saying that our therapeutic community is going to teach its members certain kinds of behaviour, and that we shall encourage and reward desired behaviour and discourage undesirable behaviour. (s.69)

Was Clark nicht sagt, ist die Tatsache und die vor allem in der psychiatrischen Klinik üblicherweise zu machende Erfahrung, daß 'erwünschtes' oder 'unerwünschtes' Verhalten in jedem Fall nur von der Gruppe der Patienten erwartet wird oder erzwungen werden soll; und daß die Gruppe derjenigen, der er selbst angehört, prinzipiell unwidersprochen festsetzen kann, was erwünschtes Verhalten ist. In diesem Sinne meine E.Parow: ¹

Niemals dem Arzt, sondern ausschließlich dem Patienten werden Lern- und Bewußtseinsprozesse abverlangt, und alle Kritik folgt einseitig jener Richtung, die durch das an Rollenpositionen gebundene Machtgefälle vorgezeichnet ist (...), selbst wenn der Psychiater, dessen Umgangsformen mit dem Patienten an Rollenerwartungen ihre letzte vorzeitige Grenze finden, diesen als 'geheilt' entläßt, überschreitet der Patient im besten Falle die Schwelle zur Alltagswelt mit den nämlichen Abhängigkeiten, denen der durchschnittliche Mittelschicht-Psychiater unterworfen ist, der seine Identität in Rollen erschöpft. (s.15)

Indessen ist Clark der Meinung, daß all dieser Wandel ('all this change') dazu dient, auch die Person, die dem Patienten am nächsten steht, fähig zu machen 'of making the most helpful and growth promoting decisions' (s.55). Ganz deutlich dirigistisch werden jedoch Clarks Gedanken, wenn er sich in seiner Version der 'administrative therapy' auf die Väter der institutionellen Psychiatrie beruft, welche ihre Arbeit 'Moral Management' benannt hatten. (X. Intr.)

Im Gegensatz zu Wilmer ist Clark nicht der Meinung, daß die Klinik, selbst umgewandelt in eine therapeutische Gemeinschaft, mit einer familiären und vertrauten Umgebung gleichzusetzen ist: 'But

¹ E.Parow, Psychotisches Verhalten und Umwelt, Frankfurt 1972

the therapeutic community is not life outside. It is a place to which people come when they cannot manage life outside' (s.72). Weder in Clarks noch in Wilmers Version der therapeutischen Gemeinschaft wurde das Prinzip der Öffnung der Gemeinschaft zur Außenwelt durchgeführt - ebensowenig, wie die Rolle des Psychiaters und dessen therapeutisch-administratives Monopol an irgendeiner Stelle der Berichte über die Umwandlung der Klinik-Abteilung in eine therapeutische Gemeinschaft in Frage gestellt worden wäre. Eher scheint der soziale Druck, den eine Gruppe von Quasi-Therapeuten, zu denen die Patienten unter Führung des Arztes gemacht werden sollen, ausüben können, im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft ausgenutzt worden zu sein: Auf diese Weise ist mit mehr Nachdruck und Wirksamkeit 'erwünschtes' Verhalten durchzusetzen und 'unerwünschtes' Verhalten kollektiv zu sanktionieren. Es geht um die weitere Vervollkommenung von Techniken, wie das Verhalten von Patienten möglichst effektiv zu beeinflussen sei.

Das psychiatrische Personal bleibt von der 'Verhaltensänderung', die den Patienten im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft abverlangt wird, unberührt. Es scheint so, als sei die effektive Macht des Personals eher erweitert als eingeschränkt worden. Clark wie Wilmer verstehen das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft in dem Sinne, daß die Berufsrolle des Personals sich erweitert im Sinne von technischer Verfügung über verhaltensbeeinflussende und verhaltenskontrollierende, im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft zu erlernenden Zusatzfähigkeiten. Die Rolle des Patienten sowie dessen Beziehung zur außerinstitutionellen Umwelt bleiben unverändert; auch von egalitären Ordnungsformen, welche hierarchische Strukturen ersetzen sollen, kann kaum die Rede sein, - wenn man von den therapeutischen Instrumenten wie den täglichen 'meetings' absieht. Es ist die Frage zu stellen, warum diese Abart institutionell-custodialer Psychiatrie sich des Begriffs 'therapeutische Gemeinschaft' bedienen mußte. Vermutlich sollte das innovativ-progressive Potential des Reformkonzepts verbal genutzt werden, um den Initiatoren zu einem gewissen Namen im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Subkultur zu verhelfen.

- 1.2. Eine weitere paradigmatische Darstellung einer therapeutischen Gemeinschaft instrumental-funktionalen Typs soll der von A.Ploeger¹ geführten und beschriebenen, im Jahre 1962 eingerichteten Klinikabteilung gewidmet werden, welche seit dem Jahre 1965 nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft geführt wird. Es handelt sich um eine Abteilung der Universitäts-Nervenlinik Tübingen. Ploeger beschreibt sehr ausführlich und präzise die äußeren Bedingungen der Umstrukturierung, den Tagesablauf und die einzelnen Instrumente des Gemeinschaftslebens sowie deren jeweilige Funktion. Ploeger ist davon überzeugt, daß die 'äußeren Lebensbedingungen' einen wesentlichen Einfluß auf die seelischen Bedingungen, aber auch 'auf die gegenwärtige Situation' des Patienten haben.

Ploeger, der nach einem Besuch Maxwell Jones' im Jahre 1965 dazu angeregt wurde, die von ihm geführte Klinikabteilung in eine therapeutische Gemeinschaft umzuwandeln, führt als Grund dafür an, daß 'vieles an der seelischen Störung dadurch zustande kommt oder konserviert wird, daß der Patient im 'Custodialismus', also in kindlicher Abhängigkeit, gehalten wurde, oder durch permanenten Hospitalaufenthalt (...) ein 'Anstaltssyndrom' entwickelte' (s.64).

Die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, die Ploeger anerkennt, sind:

1. Die Patienten werden zu gegenseitigen Therapeuten ...
2. Anstelle der personalbezogenen hierarchischen Krankenhausordnung tritt eine 'demokratische'.
3. Eine therapeutische Kultur wird gepflegt. (s.65)

Desweiteren ist Ploeger der Ansicht, daß nicht nur die Patienten, sondern auch die Behandlergruppe ihre Konflikte in das Gemeinschaftsgeschehen einzubringen und zu lösen hat. Die Absicht der therapeutischen Gemeinschaft im Sinne Ploegers ist 'Einsicht in die Motivationszusammenhänge des interpersonalen Geschehens' (s.66) zu vermitteln, da die 'Entstehung der Einzelpersönlichkeit ein wesentliches Ergebnis sozialer Interaktion ist' (s.66 zit.n.Newcomb, 1950, 263).

1 A.Ploeger, Die therapeutische Gemeinschaft in Psychotherapie und Sozialpsychiatrie, Stuttgart 1972

Über die Rolle des Psychiaters in der therapeutischen Gemeinschaft schreibt Ploeger, daß seine institutionelle Position nicht 'über', sondern 'neben' den Patienten sei. Aber: 'Das ändert nichts daran, daß Ärzte in der Hierarchie nach Sachverständnis für die Therapie an der Spitze stehen. (Herv. von mir, s.80)

Pfleger und Schwwestern sollen den Übergang von der 'Bewachungsfunktion zur pflegerischen Tätigkeit' (s.81) leisten, wobei ein Übermaß an pflegerischer Aktivität die Patienten in kindlicher Abhängigkeit halte und der Therapie schade. Auch über alle weiteren, im Rahmen der Gemeinschaft tätigen Berufsgruppen und ihre veränderten Rollenvorstellungen berichtet Ploeger, während man über die 'veränderte' Rolle des Patienten, wie schon bei Wilmer und Clark, wenig oder nichts erfährt. Es wird lediglich vorgeschlagen, die Patienten sollten zu 'gegenseitigen Therapeuten' werden. Wie dies zu bewerkstelligen sei oder welche Anstrengungen die Patienten zu diesem Zwecke zu unternehmen hätten, darüber erfährt man nichts. Besonders schwierig wird ein Versuch der Etablierung der Patienten auf dem Terrain der Therapie dadurch, daß ja ausdrücklich der Arzt in bezug auf 'Sachverständnis für die Therapie' nach wie vor an der Spitze der institutionellen Hierarchie steht. Vermutlich wird es den Patienten nicht möglich sein, sich auf dem Gebiet der Therapie gegenüber den Ärzten zu behaupten, welche aufgrund institutioneller Vorstrukturierungen und noch zusätzlich aufgrund der Komplementär-Beziehung Arzt-Patient, welche eine transorganisationelle Kategorie darstellt, gegenüber den Patienten ihr Monopol auf Therapie allemal verteidigen können.

Der eben geäußerte Gedanke wird klarer, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es sich bei der hier beschriebenen therapeutischen Gemeinschaft um eine Gemeinschaft instrumentell-funktionalen Typs handelt. 'Beziehungen' zwischen Personal und Patienten sind - trotz Ploegers weitgehender Beachtung eines soziologischen Konzepts der Psychiatrie ¹ - eben im Prinzip therapeutische Interaktionen, wobei noch Wert darauf gelegt wird, daß

1 vgl.bes. 'Psychodynamik und Soziodynamik' (s.38 ff)
'Therapeutische Gemeinschaft und äußeres System' (s.88 ff)
'Die therapeutische Gemeinschaft und das soziologische Konzept der Medizin' (s.116 ff)

informelle Begegnungen, die zwar 'therapeutisch' sind, als solche aber nicht ohne weiteres zu identifizieren sind, signifikant häufiger stattfinden sollen als formelle Begegnungen (s.36). Auf diese Weise nähert sich die veränderte Beziehungsstruktur, durch die Therapie als Kommunikationsgrundlage, denjenigen institutionellen Vorstrukturierungen wieder an, die sie gerade verändern wollte. Wenn der Arzt auch 'neben' dem Patienten und nicht 'über' ihm steht, so steht er doch automatisch nicht nur über dem Patienten, sondern über allen Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft, wenn es um therapeutischen Sachverstand geht. Die Allgegenwart der Therapie dient den Psychiatern in einer sich demokratisierenden Klinikstruktur als Status-Sicherung. Es bleibt dann nur die Frage, auf welcher Beziehungsebene sich der Patient - entsprechend Ploegers Konzept - als Therapeut betätigen soll, wenn selbst spontan-informelle Begegnungen bereits in das instrumentell-funktionale Beziehungskonzept eingebunden werden.

Ploeger, der im Rahmen seiner therapeutischen Gemeinschaft ein liberales Kommunikationsklima erzeugen konnte, das sogar hin und wieder in Konflikt mit der umgebenden autoritären Klinikstruktur geriet (s.89), ist indessen davon überzeugt, daß es sich bei dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft nur um ein 'Instrument' handle, 'um Veränderungen in Erleben und Verhalten, d.h. eine 'Besserung' der Patienten' (s.90) zu erreichen. Allerdings kann dieses Instrument den Initiatoren entgleiten: Ploeger spricht ausführlich von den 'Entartungen der therapeutischen Gemeinschaft'. So erkennt er ganz richtig, daß ein Ausweichen auf die personale Beziehungsebene - also eine Vernachlässigung der institutionellen Vorstrukturierungen - zu einer 'Vereinsatmosphäre' (s.92) führen kann, und daß diese Atmosphäre die Funktionsträger der Gemeinschaft dazu verführen kann, Verhalten zu manipulieren: 'Die Patienten lassen leichter mit sich umgehen, sind zu mehr bereit, denn sie genießen ja die 'Güte' der Personen (Pflegepersonal und Ärzte) die sie vorher als Vertreter von Ordnung und Normen für streng hielten. War deren Autorität früher die des unnachsichtigen Vaters, der Folgsamkeit verlangt, so ist es jetzt die der sorgenden Mutter, die

Dank erwartet' (s.93, vgl. auch V.2.) Doch da solche Erscheinungen von vorneherein als Entartungen beschrieben werden, scheint es in Ploegers therapeutischer Gemeinschaft wirkliche Autoritätsprobleme nicht zu geben. Wo sie auftreten, werden sie im Sinne der herrschenden Therapiekonzeption interpretiert als 'individueller Widerstand' oder 'kollektiver Widerstand', als 'individueller Widerstand im Zusammenleben der therapeutischen Gemeinschaft' (s. 102-106).

Weitere therapeutische Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs wären paradigmatisch darzustellen,¹ jedoch wird immer wieder mit L.Schittar zu fragen sein, wann jemals im Rahmen dieses Konzepts versucht wurde

jenseits aller Theorie festzustellen, welche effektive Entscheidungsgewalt und welchen effektiven Machtanteil die Patienten haben.²

Es kann festgehalten werden, daß sich Rolle und Status des Patienten in therapeutischen Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs nicht verändern lassen. Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs gelingt es nicht, die bi-polare Arzt-Patienten-Beziehung aufzulösen in einem gemeinschaftlichen sozialen und kommunikativen Zusammenhang, da die Rolle der Funktionsträger der Klinik (meist über das Therapie-Monopol des Arztes) mit einer Strukturierung des sozialen Kontextes verbunden ist. Der Arzt als Leiter oder Verantwortlicher für den therapeutischen Prozeß setzt Strukturen in Form der Komplementär-Rollen der Patienten und des Personals, welche sich nicht im Rahmen von Institutionen verändern lassen, welche psychische Störungen als 'Krankheit' vorrangig betrachten und unterschiedliche Formen von 'Therapie' zur Bearbeitung der psychischen

- 1 Weitere therapeutische Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs:
 - Therapeutische Gemeinschaften in Gütersloh, LKH, beschrieben in: H.Kayser et al., Gruppenarbeit in der Psychiatrie, 1973
 - Rehabilitationseinrichtung, beobachtet von P.Runde, beschrieben in P.Runde, Die soziale Situation der psychisch Behindereten München 1971
 - Therapeutische Gemeinschaften, beschrieben von E.Heim in: Psychiatrische Praxis, Band 3/1/76, 15-31
- 2 L.Schittar, Die Ideologie der therapeutischen Gemeinschaft in: F.Basaglia, Die negierte Institution, Frankfurt 1973, 172

Störung vorschlagen. Beides führt den Arzt-Psychiater als Verantwortlichen für Krankheit und Therapie (auch im rechtlichen und administrativen Sinne) an die Spitze jener Klinik-Hierarchie zurück, von dem das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ihn ursprünglich vertreiben wollte. Eine therapeutische Gemeinschaft im Sinne einer Gemeinschaft von gleichberechtigten Therapiebedürftigen und zur Therapie fähigen Individuen kann eine Gemeinschaft instrumentell-funktionalen Typs nicht werden; ihr Verdienst ist hingegen der Versuch, Arbeitsbeziehungen im Sinne eines Zusammenschlusses zur Team-Arbeit zu demokratisieren. Im Rahmen der Berufsrollen des psychiatrischen Personals sind sicherlich Veränderungen festzustellen: Insoweit wird das therapeutische Potential der Gemeinschaft sicherlich besser genutzt. Welche Rolle kann der Patient in einer solchen, sich demokratisierenden Team-Situation finden, wenn er nicht 'Arbeitsgegenstand' des Personals bleiben will?

In Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs hat der Patient die Möglichkeit, sich in die 'Arbeitsgruppe' des therapeutischen Teams zu integrieren, indem die Beziehungen im Sinne einer gemeinsamen Therapie-'Arbeit' instrumentalisiert werden. Der Patient kann in diesem Zusammenhang eine fiktive Rolle übernehmen, indem er therapeutische Techniken erlernt und sie anderen Patienten gegenüber anwendet.¹ Diese Rolle ist zumindest in dem Maße erlernbar, wie es die 'Krankenrolle' in der traditionellen Klinik ist:

...the other patients instruct him on how a patient should behave...they tell him what sorts of phantasies each doctor likes to hear during psychotherapy, what sort of behaviour will win a week of pass or permission to shave...²

Es ist weiterhin denkbar, daß ein dem Heilungsfaktor 'Gemeinschaft' besonders akzentuierendes therapeutisches Team die Patienten nach ihrer 'Gemeinschaftsfähigkeit' einschätzt. Da solche Einschätzungen indirekt erheblichen diagnostischen und prognostischen Wert haben, können sie sehr wichtig für die Rolle innerhalb der Gemeinschaft und für evtl. Entlassungschancen

1 S.P.Runde, a.a.O., 'Patient G.'

2 D.Clark, a.a.O., 11

werden.¹ In dieser Situation können sich Patienten genötigt sehen, therapeutische Techniken zu lernen oder zumindest deren Implikationen zu verstehen, um sich 'richtig' zu verhalten. Zu diesem 'richtigen Verhalten' gehört eine Instrumentalisierung der Patienten-Rolle; und damit wird der Patient fiktiv in das System der Arbeitsbeziehung eingebaut: er arbeitet mit an seiner Heilung und an der Vorbereitung seines nachklinischen Lebens. Es ist denkbar, daß damit die Klinikgemeinschaft zu einem fiktiven Arbeitsteam wird, in denen funktionale Beziehungen analog zu denen anderer Arbeitsplätze simuliert werden. Damit wird den Patienten die Befriedigung einer 'Arbeitsrolle auf Zeit' gewährt; die umso bedeutsamer ist, da ja Mitgliedschaftsbedingung in der psychiatrischen Institution ein prinzipielles Versagen im Rollenspektrum, also auch im Rahmen der Berufsrolle ist.

Möglicherweise weckt diese Instrumentalisierung der Beziehungen die Initiative des einzelnen Patienten eher als eine nur personal orientierte oder eine rigide passivierende Beziehungsstruktur: Die Analogien zur Arbeitswelt sind so offensichtlich, daß ohne weiteres entsprechend bereitliegendes Verhalten aktiviert werden kann. Es ist desgleichen denkbar, daß eine solchermaßen versachlichte Beziehung zwischen Personal und Patienten kaum zu Widersprüchlichkeiten innerhalb und außerhalb der umstrukturierten Abteilung führt:

- die in der psychiatrischen Klinik geltende Hierarchie bleibt über die Neuformulierung, aber implizite Beibehaltung traditioneller Rolleninhalte und Status-Merkmale, intakt
- die Abteilung bleibt auch als therapeutische Gemeinschaft der Arbeitsplatz des Personals
- die Berufsrollen werden nicht verwischt, sondern erweitert, was mit vermehrter Anstrengung, aber nicht mit Diffusion bezahlt werden muß
- die Autoritätsbeziehungen strukturieren sich nach dem aus der traditionellen Klinik vertrauten Muster, in dem die Patienten ihren Platz haben - mit etwas erhöhter Chance, aufzusteigen zum 'Co-Therapeuten'.

1 besonders dann, wenn nicht erfolgte Anpassung an die Gemeinschaft mit Zurückstufung in custodiale Abteilungen geahndet wird

Die personale Beziehungsdimension, deren 'Entdeckung' die spezifische Beziehungsform der therapeutischen Gemeinschaft charakterisiert, und die tendenziell Hierarchien und Arbeitsrollen sichtbar und experimentell verfügbar machen sollte, bleibt in diesem Typ therapeutischer Gemeinschaften irrelevant oder hebt sich auf durch die 'therapeutische' Durchdringung des Gemeinschaftslebens: Personale Beziehungen werden nur im Rahmen therapeutisch kontrollierter Gruppenmeetings zugelassen.

Abschließend stellt sich die Frage, inwieweit durch die Tatsache, daß die Arbeitsrolle in ein therapeutisches Programm eingespannt ist, das zumindest während der Arbeitszeit des Personals durchgängig gültig ist und jede Interaktion bestimmt, indem es sie strukturiert und damit zu einem reflektierten Akt macht, auch diese Arbeitsrolle verändern kann: In dem Sinne, daß nicht nur über therapeutische Implikationen, sondern auch über Inhalte der instrumentellen Beziehung zu den Objekten der Arbeit reflektiert wird.

Vermutlich ist die Beibehaltung der Arbeitsrolle wichtig zur Stützung der Identität gerade des schlechter qualifizierten Personals, das die Auflösung traditioneller Beziehungs- und auch Autoritätsstrukturen als persönliche Bedrohung erleben kann und mit vorübergehender oder dauernder Identitätsdiffusion reagieren kann.

Allerdings laufen andererseits solche Strukturen Gefahr, sich resistent auch gegen therapeutische Beeinflussungen zu zeigen. Um es ganz schlicht zu sagen: Die hier beschriebenen, aber auch die meisten anderen therapeutischen Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs haben mit dem ursprünglichen Konzept nicht wesentlich mehr als den Namen gemein, welcher zum Synonym für Veränderung von Beziehungsstrukturen geworden ist. Tatsächliche Veränderungen aber finden entweder überhaupt nicht statt oder werden in gesonderte Räume verwiesen, die keinen Einfluß auf die Arbeitsbeziehungen haben oder haben sollen. Ferner trägt

eine aus der Arbeitswelt stammende Beziehungsstruktur zu einer Hierarchisierung unter den Patienten bei, deren Kriterium der Grad an Anpassungsfähigkeit an intern erwünschtes Verhalten ist - ein möglicherweise notwendiger, aber nicht hinreichender Lernprozeß für eine Gemeinschaft, die über das Therapie-Technische hinaus wirksam sein soll.

2.1. Therapeutische Gemeinschaften personal-orientierten Typs

Es wurde an anderer Stelle (vgl.Kap.III) bereits herausgearbeitet, daß die 'Entdeckung' und therapeutische Verfügbarmachung der personalen Beziehungsdimension zu den eigentlich innovativen Leistungen der therapeutischen Gemeinschaft gehört. Die institutionsfreie Kommunikation zwischen Individuen, unabhängig von Statusgrenzen, die Auflösung der bi-polaren und komplementären Arzt-Patienten-Beziehung in einem relativ unstrukturierten, sich vielmehr von selbst, ohne institutionelle Vorgaben, ständig neu bildenden Netz sozialer Interaktionen soll allein durch den 'sozialen Faktor', durch das 'Milieu', heilende - therapeutische - Wirkungen erzielen. Dies bedeutet, daß im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft institutionelle Vorstrukturierungen, wie Beziehungen zwischen dem Arbeitenden und dem Gegenstand seiner Arbeit, zurücktreten, und die personale Beziehungsebene, das Verhältnis von Individuen unabhängig von sozialer Rolle und gegenwärtiger Situation, in den Mittelpunkt des Veränderungsinteresses gestellt wird. Im umgangssprachlichen und vorwissenschaftlichen Gebrauch wird dieser Typus therapeutischer Gemeinschaft üblicherweise mit dem Begriff verbunden, während der vorher beschriebene instrumentell-funktionale Typus einen höheren Grad an Institutionalisierung und Verfestigung aufweist und sich vom 'ursprünglichen' Konzept ¹ weitgehend entfernt hat. Therapeutische Gemeinschaften personal-orientierten Typs sind sowohl im Rahmen einer psychiatrischen Institution durchgeführt worden als auch als explizit außer-institutionelle oder gegen-institutionelle Modelle. Diesen Typus therapeutischer Gemeinschaften findet man häufig dort,

- wo die therapeutische Gemeinschaft als begrenztes Experiment, als die fortschrittliche Idee eines einzelnen oder einer Gruppe von Initiatoren durchgesetzt werden kann
- wo therapietechnisches Interesse zurücktritt vor einem sozialkritisch-humanistischen Engagement, welches sich aber die Reflektion institutionell-politischer Rahmenbedingungen verbietet, oder aber diese Dimension für die Durchführung des Experiments als irrelevant betrachtet

¹ sofern dieses formulierbar ist, deckt es sich noch am ehesten mit den von M.Jones niedergelegten allgemeinen Kriterien für den Aufbau und die Durchführung der therapeutischen Gemeinschaft

- wo eine rückständige Gesamtsituation der institutionellen Psychiatrie Neuerungen aller Art, selbst Verbesserungen der allgemeinsten Lebensbedingungen psychiatrischer Patienten, nur im isolierten Raum eines zeitlich und räumlich zu begrenzenden 'Modells' zuläßt und deswegen, in der Konsequenz, außer- und anti-institutionelle Aktivitäten nahelegt.

In Gemeinschaften personal-orientierten Typs steht die personale Beziehungsebene im Mittelpunkt aller therapeutisch-kommunikativen Bemühungen, während die Ebene institutioneller Vorstrukturierungen tendenziell vernachlässigt oder unterschlagen wird - in dem Sinne, daß die Tatsache von Arbeitsbeziehungen eines Teils der Mitglieder dieser Gemeinschaften nicht mehr thematisiert wird, oder daß die Existenz und Wirkung dieses sozialen Verhältnisses geleugnet wird. Es wird davon ausgegangen, daß die Umstrukturierung der Klinik (häufiger einer Abteilung, welche zur therapeutischen Gemeinschaft erklärt wird) die funktionale Beziehungsebene miterfaßt habe und damit die Tatsache der 'Behandlung' psychischer Störungen im Rahmen einer institutionellen Situation für die Beziehungen zwischen den in der Gemeinschaft lebenden Individuen keine Rolle mehr spiele. Tatsächlich kam es in außer-institutionellen Versionen therapeutischer Gemeinschaften zu einem regelrechten 'Zusammenleben' von Therapeuten und Patienten - die therapeutische Gemeinschaft blieb nicht auf die Arbeitszeit beschränkt, sondern erstreckte sich auch - für die Träger von Berufsrollen - in den sogenannten privaten Bereich hinein.

Wenn therapeutische Gemeinschaften personalen Typus hingegen im Rahmen einer psychiatrischen Institution durchgeführt werden, bleiben die Rollen und Rollenerwartungen an die Träger von Berufsrollen und auch an die Patienten im Prinzip erhalten, doch haben sie für das interne Kommunikationssystem keine Rolle zu spielen - in manchen Fällen besteht sogar ein implizites Diskussionsverbot. Evtl. auftretende Widersprüche zwischen dem vorgetragenen Anspruch und der Faktizität des Klinikalltags - wenn also ein Subjekt die Auflösung seiner Berufsrolle propagiert, aber doch außerhalb des gemeinschaftlichen Zusammen-

hangs, wenn nicht auch innerhalb desselben in jener Rolle agiert - können dann genau auf jener gelegneten instrumentellen Beziehungsebene erledigt werden: mit Hilfe des Deutungsmonopols des Psychiaters als für den psychischen Bereich kompetenten und legitimierten Fachmanns können diese Beobachtungen als falsch qualifiziert werden oder als Projektion innerpsychischer Konflikte (im Rahmen der 'Krankheit') gedeutet werden. E.Parow, der diesen Typus von Gemeinschaft die 'liberalisierte totale Institution' nennt, stellt sogar - das Thema Autonomie betreffend, - einen 'institutionellen double-bind' fest:

Was also im pragmatischen Austausch zwischen Anstalt und Insassen das Thema der Autonomie anlangt, so produziert die liberalisierte totale Institution einen einzigen umfassenden 'double-bind': auf der Inhaltsebene der Interaktion wird der faktisch extrem abhängige Insasse zur Unabhängigkeit aufgefordert, auf der Beziehungsebene wird sie ihm zugleich verwehrt; ... die Bejahung der Unabhängigkeit (bleibt, E.P.) von seiten der Institution bloßes Verbalverhalten, das sich keineswegs auf den tatsächlich ablaufenden gesamten Austausch erstreckt. Wenn unter dieser Bedingung der Insasse der objektsprachigen Aufforderung nicht nachzukommen vermag, liefert er der Institution als angstvollem binder ein objektsprachiges Alibi; er ermöglicht ihr nämlich, die bisher geübte Interaktion mit dem verbalen Hinweis auf seine Unfähigkeit zu autonomen Verhalten fortzusetzen. Kommt er ihr dagegen nach, so beweist er in eben diesem Akt, daß er als 'rebellischer' Insasse oder 'querulierender' Patient erst recht der fortgesetzten rehabilitativen Anstrengungen der Anstalt bedarf.¹

Im Rahmen therapeutischer Gemeinschaften personal-orientierten Typs wird die Tatsache psychischer Störung, welche zur Einweisung in die Klinik (bzw. therapeutische Gemeinschaft) geführt hat, grundsätzlich anders bewertet als in Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs: 'Krankheit' wird tendenziell eher auf einem Kontinuum angesiedelt als anti-thetisch gesetzt. Die Mitglieder der Gemeinschaft, welche Träger von Arbeitsrollen sind, sind nicht aufgrund dieser Tatsache allein 'gesund', während die 'Patienten' nicht aufgrund ihrer Rolle grundsätzlich 'krank' sind. Manche Gemeinschaften personal-orientierten Typs bestehen sogar auf einer positiven Emphase des Zustandes der

¹ E.Parow, Die Dialektik des symbolischen Austausches, Frankfurt 1973, 58

(Vgl.dazu: P:Runde, a.a.O., 'Patient G.' 97 ff)

Verwirrtheit und schreiben diesem allein schon eine therapeutische Wirkung auf die gesamte Gemeinschaft zu. In jedem Fall wird - parallel zum Vorherrschen der personalen Beziehungsebene - eine Umbewertung der in der institutionellen Psychiatrie üblichen Vorstellung von 'Krankheit' vorgenommen, welche die Basis für die veränderten Beziehungen zwischen Therapeut und Patient bilden kann.

Weiterhin ist in Gemeinschaften personal-orientierten Typs zu beobachten, daß die geleugneten institutionellen Vorstrukturierungen sich latent durchsetzen in der von jeglicher Rollenform befreiten 'reinen' Beziehung zwischen einem abhängigen Subjekt (dem 'Hilfesuchenden') und demjenigen, von dem professionelle Hilfe normalerweise zu erwarten wäre: Es besteht die Gefahr, daß diese Beziehungen, welche sich der institutionellen Ebene nicht mehr bedienen dürfen, bereitliegende Vorstellungsinhalte benutzen, welche aus früheren Abhängigkeitserfahrungen stammen, meist aus dem familiären Bereich: So wird aus der Arzt-Patienten-Beziehung die Vater-Sohn-Beziehung. Die personale Beziehungsebene spielt in den therapeutischen Dyaden und auch in Beziehungen zwischen Patienten im Sinne der Wiederholung familiärer Konfliktsituationen vermutlich eine entscheidende Rolle. Es gelingt in Gemeinschaften dieses Typs zumeist, die personale Ebene der Beziehungen deutend-analytisch in den Griff zu bekommen, zumindest wird der Durchleuchtung dieser Ebene sehr viel theoretisches Interesse entgegengebracht: Beziehungen werden geradezu auf verdeckte Familienstrukturen hin untersucht. So beschreibt D.Cooper einen Fall wie folgt:

Zwei Personen tun sich zum Beispiel als Eltern-Team zusammen (es handelt sich hier um 'Patienten', E.P.) und erwählen eine dritte Person als ihr Kind. Dann praktizieren sie Methoden, um das 'Kind' zu verwirren; sie stören seine Wahrnehmung von sich selbst und von ihnen möglicherweise so weitgehend, daß es zu einer 'psychotischen Reaktion' kommt, wenn der Therapeut nicht eingreift¹

Cooper erwähnt gleichfalls, daß der Therapeut hin und wieder als Elternfigur behandelt wird, daß aber diese und ähnliche 'Übertragungen' durch einen Vorgang der Metakommunikation offenkundig gemacht werden können - was ebenso wie das oben erwähnte

'Eingreifen' zur-gelegneten - Therapeuten-Rolle gehört und von diesem auch geleistet werden muß, auch wenn in der therapeutischen Gemeinschaft personal-orientierten Typus die 'Rolle' Therapeut gar nicht existiert. M.Jones spricht von einer Wiederholung von Familienstrukturen als Chance der korrektiven emotionalen Erfahrung. In den von ihm etablierten und beschriebenen Gemeinschaften wird das Ausagieren familiärer Konflikt-erfahrungen bewußt zugelassen und gefördert, - hier allerdings nur im Rahmen therapeutisch kontrollierter Gruppen-Meetings. Generell scheint eine Begünstigung des Auslebens familiären Beziehungen in therapeutischen Gemeinschaften personal-orientierten Typs von einer gleichzeitigen Schwerpunktsetzung auf therapieähnliche Kontrollsituationen begleitet zu sein. Das Vorherrschen personaler Beziehungen zwischen von Rollen-verpflichtungen, aber auch von Rollenstützen scheinbar freien Individuen verlangt nach irgendeiner Form der Strukturierung, welche 'Therapie' genannt werden kann oder - wie bei Jones - 'living-learning', in jedem Fall aber die Funktion hat, die in der offenen Gruppensituation gemachten zwischenmenschlichen Erfahrungen aufzuarbeiten und zu bewältigen.

Maxwell Jones' Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, das er in seinem derzeit letzten Buch über die Theorie und Praxis therapeutischer Gemeinschaften ¹ in einer Art Rück- und Überblick zusammenfaßt, beruht auf der Feststellung, daß dem individuell-psychologischen Vorgehen der psychiatrischen Behandlungsmethoden eine soziale Dimension hinzugefügt werden müsse:

...one must add to the familiar psychiatric treatment methods, both psychological and physical, the relatively neglected social and environmental dimensions (s.Xii)

Die therapeutische Gemeinschaft M.Jones' entstand aus dieser sehr weitgehenden Beachtung der Sozialstrukturen einer psychiatrischen Klinik und der Beobachtung ihres Effekts auf Krankheitsverläufe und Heilungsprozesse. Wichtigstes Prinzip dieser Gemeinschaften sind die von Jones wie folgt bezeichneten Zielsetzungen: 'two-way-communication', 'decision-making machinery

¹ M.Jones, Beyond the Therapeutic Community, New Haven und London 1968

at all levels'; und 'the development of a therapeutic culture'. (vgl. auch III.) Jones betrachtet die Klinikgemeinschaft (es handelt sich hier um eine Klinik, die in eine therapeutische Gemeinschaft umgewandelt wurde, und nicht um eine einzelne Klinik-Abteilung) als Mikrokosmos, innerhalb dessen Umstrukturierungsprozesse leichter durchzusetzen seien als in der Gesellschaft außerhalb der Klinik ('society at large'). Jedoch hält er die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft für Übertragbar und von der Institution Psychiatrie ablösbar: Sein sozial-politisches Ziel ist die Schaffung eines therapeutischen Milieus auch außerhalb psychiatrischer Kliniken. (vgl.Kap.VI.)

Jones' Veränderungsabsicht siedelt sich weitgehend auf der personalen Beziehungsebene an, wenn auch funktionale Veränderungen durchaus stattzufinden scheinen – die Jones allerdings nur implizit erwähnt. Jones legt vor allem Wert auf die Möglichkeit des 'social learning' im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft. An diesem gemeinsamen Prozeß sind Patienten wie Personal gleichermaßen beteiligt: Im Gegensatz zu therapeutischen Gemeinschaften instrumentell-funktionalen Typs wird den Patienten ausdrücklich eine Rolle im gemeinsamen Lernprozeß zugewiesen; Jones spricht sogar von 'patient-leadership': 'Patient-leadership is perhaps the most neglected aspect of this subject...(...). Moreover, most patients in hospital have failed to meet the expectations of the community in which they live and are in general only too pleased to be led and have something 'done for them' by the doctor and the staff. Much can be done by the introduction of therapeutic groups to help patients play a significant part in the treatment of themselves and other patients. One can, however, go far beyond this stage and create responsible leadership roles for patients within the hospital community. Such a functional role in the life of the hospital does much to change the image of the patients in his own mind and in the mind of his peers.' (s.XVI) Die Rolle, die Jones den Patienten zuweist, ist zwar nur eine im Klinik-zusammenhang geltende 'functional role' und wird nirgends inhaltlich ausgeführt, jedoch erscheint sie, wenn man Jones' Gesamtkonzept betrachtet, nicht als eine im Therapiezusammenhang

instrumentalisierte Rolle. Sie geht im Prinzip von der Vorstellung aus, daß Patienten in der Lage sein müssen, aufgrund eigener Krankheits- und Leidenserfahrung, andere Patienten zu behandeln. 'Patient-leadership' ist dementsprechend in den formal-therapeutischen wie informellen Gruppen möglich: Der Patient wirkt aktiv an seiner eigenen Behandlung mit und ist damit dem therapeutischen Personal gleichberechtigt zur Seite gestellt. Die Aufwertung des Patienten-Status ist in Verbindung zu sehen mit Jones' anderem Prinzip, dem 'decision-making by consensus', welches die Funktion hat, alle von einer Entscheidung betroffenen Personen zu einer möglichst einhelligen und weitgehenden Identifikation mit dem zur Entscheidung anstehenden Projekt zu bringen. Es handelt sich hier um die Demokratisierung des Entscheidungsprozesses durch eine Partizipation aller Betroffenen; und wenn man Jones schriftlichen Darlegungen Glauben schenken kann, besteht kein Unterschied zwischen Patienten und Funktionsträgern der Klinik: Auf der Ebene personaler Beziehungen sind 'demokratische' Entscheidungen und die Umverteilung von institutioneller Macht möglich - wenn sich die Entscheidungssituation auf den Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft beschränkt.

Jones schränkt allerdings insofern ein, als daß er die Fähigkeit, demokratische Entscheidungsrituale durchzuführen, nicht ohne weiteres voraussetzt. Personal wie Patienten müssen durch 'living-learning-Situationen' gehen: 'Our concern is with social interaction in a secure setting, which encourages the expression of feeling...(...). The social structure must be such a kind as enhance communication and diminish status differentiation, so that something of peergroup emerges (Herv. von mir, XVii). Jones Ideal ist die Gruppe von gleichdenkenden 'peers', die einem gemeinsamen Ziel verpflichtet sind, und deren unterschiedliche Qualifikationen sich zu einem Ganzen zusammenfügen: 'Each has his own particular area of competence' (XVii). In diesem 'peer-Konzept' von therapeutischer Gemeinschaft spielen funktionale Unterscheidungen tatsächlich keine Rolle mehr, es muß lediglich - und zwar von allen Beteiligten gleichermaßen - gelernt werden 'to tolerate the free communication of feeling' (s.Xix).

Social learning ist für Jones wesentlich emotionales Lernen:

'There seems to be good reason for thinking that learning occurs more readily when people's emotions are involved' (XX). Auf der personalen Beziehungsebene müssen Fähigkeiten wie jene, Emotionen zu artikulieren bzw. zu tolerieren, nicht an statusmäßige Qualifikationen gebunden werden. Therapeutische oder wissenschaftliche Vorbildung qualifizieren nicht unbedingt zur freien und zwangslosen Äußerung von Emotionen - es könnte sogar den Patienten besser gelingen, personal gebundene Beziehungsmodi in die Interaktion einzubringen, sie zumindest jederzeit zu aktivieren. In seiner idealisierenden Darstellung der Kommunikationsgrundlage 'Emotionsfähigkeit' unterschlägt Jones allerdings jene wesentlichen Veränderungen auf der institutionellen Beziehungsebene, welche die peer-group-Situation der Mitglieder der Gemeinschaft erst ermöglichten. So spricht er beispielsweise von den 'Fortschritten' psychiatrischer Pfleger bei der Äußerung ihres eigenen Standpunktes und erwähnt nur nebenbei, daß bestimmte hierarchische Kommunikationswiderstände, wie eindimensionale Befehls- und Informationskanäle, bereits seit längerer Zeit aufgehoben wurden. Veränderung auf der institutionellen Beziehungsebene im Sinne einer wirklichen Demokratisierung der Arbeitsbeziehungen; die Entmischung der Klinik-Sozialstruktur; die Einführung mehrdimensionaler Entscheidungsprozesse; die tendenzielle Auflösung des Therapiemonopols der Ärzte durch eine Fülle von formalen und informellen Gruppen therapeutischer und administrativer Zielsetzung, welche Ausdruck, aber auch Grundlage des internen Demokratisierungsprozesses sind, werden von Jones dem zentralen Prinzip des emotionalen Lernens in der peer-group untergeordnet. Auf diese Weise entsteht ein Kommunikationsidealismus, welcher der Tatsache allein des Miteinander-Redens Institutionsbindungen zerstörende Kraft verleiht.

Dieser Glaube an die 'Macht der Kommunikation' wird allerdings erheblich relativiert, wenn man Jones' Betonung der Rolle des 'leaders' einführt. Nur die persönlichen Führungsqualitäten, verbunden mit Autorität, welche charismatischen Charakter trägt, sorgen letztlich dafür, daß Prozesse emotionalen Lernens auch

durchführbar werden. 'It may be that the term 'leader' in a therapeutic community should be replaced by the term 'catalyst' or 'charismatic leader'. Certainly one of his basic functions is to create situations, which facilitate social learning' (Herv. von mir, s. 24). Jones' therapeutische Gemeinschaft ist ein riesiges Labor - 'a living laboratory' (s.11) - in dem Lernsituationen regelrecht erzeugt werden. Als Konzept, das über sich selbst nicht hinausweisen will und die nachhospitale Problematik nicht miteinbezieht, als intensiv wirkende therapeutische Kur in zwischenmenschlichen Beziehungen hat diese Form der therapeutischen Gemeinschaft sicherlich ihre Funktion, und es ist denkbar, daß alle beteiligten Personen - unabhängig von Status und Funktion - gleichermaßen von der 'therapeutic culture' profitieren. Jedoch erscheint mir, daß die Diskrepanz zwischen 'innen' und 'außen' zu einer Privatisierung der Institution führt, welche die Konsequenz hat, daß die Patienten nicht mehr den Wunsch haben, diesen Ort 'gesellschaftsfreier' Selbstverwirklichung zu verlassen.

Exkurs I: Die therapeutische Gemeinschaft als kollektive Wohnform mit Privatheits-Charakter

Charakteristisch für die Bewohner einer psychiatrischen Klinik (Patienten) ist die Tatsache, daß sie über keinen privaten Raum oder Intimbereich verfügen. Alles, was den Intimbereich des Normalbürgers ausmacht, fehlt in der Klinik: generelle Rückzugsmöglichkeiten, eigene Schlaf-, Wasch- und Toilettenräume. Was jedoch vor allem fehlt, ist das Recht der Patienten, dahingehend Bedürfnisse zu äußern, geschweige denn durchzusetzen. Das Leben findet in einer totalen Öffentlichkeit statt - oder ebenso korrekt - in einer gigantischen 'Nur-Privatheit': eine Trennung zwischen öffentlichem und privatem Bereich samt den dazugehörigen Verhaltensmustern ist in der traditionellen Klinik nicht zu finden. Die Aufhebung der Trennung von Privatheit und Öffentlichkeit in der psychiatrischen Institution hat mehrere Gründe: zum einen war die Herstellung von totaler Öffentlichkeit im Sinne der alten Überwachungsideologie funktional - wenig Personal konnte in großen, überschaubaren Schlafsälen, die ja gleichzei-

tig einziger Lebensraum sind, eine große Anzahl von Patienten überwachen: ganz im Gegensatz zu Gefängnissen übrigens, die die Überwachung durch das Prinzip des Einsperrrens praktizieren, aber durch Einrichtungen wie von außen zu öffnenden Zellenfenstern eine totale Öffentlichkeit gleichwohl herstellen. Zum anderen aber konnten die Patienten, die in anstaltsmäßigen Organisationen zusammengefaßt waren, aufgrund ihrer mangelnden Arbeitsfähigkeit/Arbeitsbereitschaft an der gesamtgesellschaftlich durchgesetzten Trennung der Lebensbereiche nicht partizipieren: da sie nicht arbeiteten, waren sie im Grunde Privatisiers ohne Recht auf einen Privatbereich.

In der therapeutischen Gemeinschaft ist das für totale Institutionen geltende Prinzip der Ungetrenntheit der Lebensbereiche zwar, meist aufgrund unveränderter räumlicher Voraussetzungen, nicht aufgehoben: jedoch wird durch die Tatsache, daß aus der Klinik eine Gemeinschaft wird, so etwas wie Privatheit eines Kollektivs hergestellt. Um diesen Gedanken zu erläutern, möchte ich ein Beispiel aus der Therapeutischen Gemeinschaft Arezzo (Italien) anführen: für Patienten, für die die Möglichkeit der Entlassung nicht mehr bestand, wurden kleine Wohneinheiten geschaffen, die den Langzeit- oder Dauerpatienten die Möglichkeit gaben, einen eigenen Lebensraum zu bewohnen, der von 'Öffentlichkeit' frei war, d.h. die Patienten lebten als 'Privatpersonen' ohne pflegerische Betreuung im Klinikgelände, das sie verlassen konnten, wann sie wollten. Ein Bewohner dieser bezeichnenderweise 'Familienhäuser' genannten Wohneinheit führte mich stolz in seine Wohnung, und ich selbst bekam das Gefühl, einen privaten Raum zu betreten, obwohl es sich um einen Schlafsaal alten Typs handelte. Die therapeutische Gemeinschaft macht die Gruppe der Patienten zu einem großfamilienähnlichen Gebilde: entweder entstehen im Rahmen früherer Krankenhausstationen kleinere Gemeinschaften, oder aber die gesamte Klinik wird zur Gemeinschaft erklärt und als solche privatisiert. Wenn die Klinik oder Abteilung zur therapeutischen Gemeinschaft wird, wird sie von den Patienten gemeinsam mit dem Pflegepersonal in Besitz

genommen: aus den Patienten werden statt Häftlingen, Insassen oder sonstwie Eingesperrten, Bewohner des Klinikgeländes. Wird die öffentliche Institution 'psychiatrische Klinik' bewohnt, wird sie zum privaten Raum der Bewohner.

Durch diesen Wandel im Bewußtsein der Patienten erklärt sich übrigens auch eine Entwicklung, die mit den Grundsätzen der therapeutischen Gemeinschaft nicht vereinbar, aber trotzdem oft zu beobachten ist. Für viele Patienten kann die therapeutische Gemeinschaft zum 'goldenen Käfig' werden: die allgemeinen Lebensbedingungen sind so ungemein entschärft, daß bei vielen Bewohnern der Klinik, die die Möglichkeit hätten, entlassen zu werden, der Wunsch immer schwächer wird, diese Lebensform aufzugeben. Die therapeutische Gemeinschaft wird zum Lebensraum, das Leben in der Klinik, vorher total öffentlich, wird nun total privatistisch. Die therapeutische Gemeinschaft wird unter solchen Bedingungen: also unter Vernachlässigung des Prinzips der Öffnung der Kommunikation nach innen und außen, zum Schonraum, zur Privatsphäre in der (im übrigen unveränderten) Institution. Um diesen Gedankengang mit einem aktuellen Beispiel weiter zu illustrieren: in einem bayerischen Landeskrankenhaus befindet sich ein Gebäude für psychisch kranke Rechtsbrecher, einer Personenkategorie, die besondere Bewachungsmaßnahmen verdient, welches kürzlich nach modernsten architektonischen Gesichtspunkten neu gebaut wurde. Die Patienten des Hauses werden bewacht, wie es in einer Festung nicht sicherer denkbar wäre: hohe Mauern, verschlossene Türen etc. Innen jedoch ist das Haus in Zweibettzimmern aufgeteilt, um den 'privaten Bedürfnissen' der Patienten, welche meist ihr ganzes Leben dort verbringen müssen, entgegenzukommen. Nun aber verhindert gerade diese Aufteilung der Räume, daß die Patienten adäquat bewacht werden; die Pfleger fürchten Geiselnahmen in den unüberschaubaren Räumlichkeiten und weigern sich, in dem nach 'humanen' Gesichtspunkten gebauten Gebäude Dienst zu tun. Um die Sicherheit des Pflegepersonals zu garantieren, wird nun der Vorschlag gemacht, eine schlagkräftige und al brutal bekannte 'Privatpolizei' zur Bewachung des Hauses zu engagieren.

Aus den bisher angeführten Überlegungen lassen sich folgende Grundsätze ableiten:

- 'Privatheit' wird zur Farce, wenn die umgebende Öffentlichkeit diese Privatheit jederzeit stören/zerstören kann. Es ist das Prinzip der psychiatrischen Institution, Privatheit nicht zuzugestehen
- 'Privatheit' in der therapeutischen Gemeinschaft, die den Kontakt mit dem Außen systematisch verweigert, wird zum Rückzug analog der 'Flucht in die Intimgruppen' (Bahrdrf), völlig unabhängig von der Tatsache, daß der zum privaten Raum erklärte Lebensbereich sich in einer öffentlichen Institution befindet.

Exkurs II: 'Kommunikation' als Scheindemokratisierung

P.Runde führt in seiner Beschreibung einer therapeutischen Gemeinschaft ¹ die Unterscheidung zwischen 'Kommunikation' und 'Interaktion' ein, wobei er mit Interaktion 'Handeln in aktuellen Handlungsvollzügen' meint, während 'Kommunikation' Reflexion über dieses Handeln bedeutet. Kommunikation ist für Runde damit ein wesentlich abstraktes, jedenfalls von 'aktualen Handlungsvollzügen' abstrahierendes Verfahren des Nachdenkens über Formen der Kooperation oder der Demokratisierung. Kommunikation ist für Runde weitgehend verbale Kommunikation (vermutlich samt ihrer nicht-verbalen Dimensionen); ist aber von Verhalten oder Handeln als Ergebnis von Kommunikation weitgehend ablösbar: Wenn also eine Kommunikation entweder nicht zum Consensus als Interaktionsziel führt oder ihr die Basis wechselseitiger gleichzeitiger Verständigung fehlt, dann erhält sie - sofern sie weitergeführt wird - den Charakter von Beliebigkeit und den der abstrakten Reflexion im Sinne Rundes. Andererseits sieht Runde 'Kommunikation' als explizites Lernziel therapeutischer Gemeinschaften an: Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt und sollen aufgenommen werden, um 'kommunikative Wirklichkeiten'

1 P.Runde, op.cit.

mit den Patienten herzustellen, im Rahmen derer Selbstwahrnehmung und Deutung sozialen Geschehens möglich werden. Doch dann stellt sich zwischen die Idee der 'institutionsfreien Kommunikation' (s.51) und ihrer Realisierung die Unterscheidung zwischen dem Reflektieren über Handeln ('Kommunikation') und dem Handeln selbst, also der Umsetzung von Idee in Realität:

Die Kommunikation als Medium der Vermittlung von Sinnbezügen erlaubt, wenigstens theoretisch (Herv. von mir) die Errichtung von kommunikativen Wirklichkeiten, in denen die normativen Anforderungen variabel gehalten werden und nicht zu einer stabilisierten Erwartungsordnung gerinnen. (...) Die Variabilität der normativen Anforderungen und die Möglichkeit, sie herunterzuschrauben, machen eine Beteiligung der psychisch Behinderten an diesen Anforderungen möglich. (s.55)

Ungeklärt scheint mir dabei zu sein, wie man 'theoretisch' eine kommunikative Wirklichkeit errichten kann. Ist diese nun eine 'Wirklichkeit' oder nicht - sind die Normen und Regeln des menschlichen Zusammenlebens in diesem Rahmen nun variabel oder nicht, im Sinne des Herunterschraubens von Anforderungen - oder bleibt das Ganze ein gedankliches Experiment, das man, im Rundeschen Sinne von Kommunikation, reflektieren kann, ohne daß diese Kommunikation verhaltensrelevant wird? Welchen Sinn hat es, theoretisch Normen verfügbar zu machen oder theoretisch Belastungsgrenzen zu ermitteln?

Wenn man aber Rundes, von E.Siberski ¹ entlehnten Begriff der 'kommunikativen Wirklichkeit' in den Kontext zurückverfolgt, in dem Siberski ihn verwendet hat, so erscheint auch Rundes Vorstellung von kommunikativer Wirklichkeit, wie sie für therapeutische Gemeinschaften angestrebt werden soll, in einem neuen Licht.

Bei Siberski nämlich geht es nicht um Veränderungsprozesse im Rahmen eines institutionellen Experiments, sondern um eine Gruppe, die - isoliert von allen anderen sozialen Bezügen - im 'Untergrund' (Siberski) zum Geheimnisträger wird und gemeinsam eine kommunikative Wirklichkeit errichtet, um der Gefahr vollständiger Isolation zu begegnen. Es lohnt sich, Siberskis Konzept der kom-

1 E.Siberski, Untergrund und offene Gesellschaft, Göttingen 1967

munikativen Wirklichkeit in den von ihm intendierten Zusammenhang zurückzuführen und die Textstelle vollständig zu zitieren:

Eine grundlegende Änderung für den einzelnen in der geheimen Gruppe erfährt zunächst die Beziehung innen-außen. Die Gruppe zieht eine scharfe Trennungslinie, die vom dialektischen Verhältnis her (im Falle des Individuums) nicht möglich war, weil sie den Verlust aller sozialen Bindungen nach sich ziehen mußte (...). Die Frage, warum für das Individuum kein Isolierungsempfinden aufkommt, ist mit einem Phänomen verbunden, dem eine grundlegende Rolle hier zukommt: mit der Erzeugung (Herv. von mir) von kommunikativer Wirklichkeit (s.58)

Wenn man dieses von Siberski entwickelte Konzept der Erzeugung von kommunikativer Wirklichkeit vollständig auf die therapeutische Gemeinschaft überträgt, so würde die therapeutische Gemeinschaft als Gruppe, die von allen übrigen Sozialbeziehungen isoliert ist, eine kommunikative Wirklichkeit errichten, an der Ärzte, Pfleger und Patienten beteiligt sind, um sich selbst vor den Gefahren der Isolation zu bewahren. Nun aber sind ja lediglich die Patienten isoliert, während das Personal über ein die Klinik und die therapeutische Gemeinschaft übergreifendes Netz sozialer Beziehungen verfügt. Das Konzept der Veränderung von Kommunikationsbedingungen will gerade die Isolation der Patienten aufheben und nicht verdoppeln.

Mit kommunikativer Wirklichkeit ist hier eine soziale Beziehungsform gemeint, die in der Kommunikation der an ihr Beteiligten besteht. In ihr gewinnen die Beteiligten die subjektive Gewißheit, daß das, was sie in den Kategorien dieser Kommunikation wahrnehmen, 'auch so in der Wirklichkeit ist', und andererseits sehen sie von dieser Kommunikation her sich selbst, ihr Empfinden, Denken und Handeln, als das, was dieser Wirklichkeit, wie sie 'ist', einzig entspricht (s.58)

Siberski spricht hier ohne jeden Zweifel von einer von den Mitgliedern der geheimen Gruppe unter Bedingungen sozialer Deprivation künstlich und notwendig künstlich errichteten Wirklichkeit, welche jedoch nur aufrechterhalten werden kann, wenn sie einem selbstgeschaffenen übergeordneten Gruppenzweck dient und wenn alle Mitglieder den gleichen Bedingungen (der Geheimhaltung oder Verschwörung) unterliegen. Für die therapeutische Gemeinschaft gilt bestenfalls, daß sie sich in einer Situation sozialer Deprivation befindet, die nicht ohne weiteres aufhebbar ist.

Doch ist es keine Lösung, eine Gruppe, die sich 'selbst heilen will' (M.Jones) zu einer Geheimgesellschaft zu erklären, die über eine eigene, exklusiv gültige Wirklichkeit verfügt, die dann zwar ein System von Evidenzen oder einen 'Bezugsrahmen für soziale Bedeutungen' (Runde) schafft, die aber durch dieses Konzept von 'isolierender' Kommunikation die bereits institutionell etablierte Isolation noch weiter zementiert. Siberski spricht weiter von der Bedeutung der kommunikativen Wirklichkeit für das Individuum: 'Soziale Wahrnehmung des Individuums ist seine Wahrnehmung als Mitglied eines Kollektivs...' (s.58). Um dies wiederum auf die soziale Situation der Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft zu übertragen: indem sich die psychisch gestörten Mitglieder der Gemeinschaft einem Kollektiv zugehörig fühlen, welches sie in eine kommunikative Wirklichkeit einbezieht - sie also als Mitglieder anerkennt - soll der Ausschluß aus sozialen und normativen Bezügen, welcher durch die Klinikeinweisung bestätigt wurde, im begrenzten Rahmen der Gemeinschaft rückgängig gemacht werden.

Doch leider trifft das Bild der Verschwörergruppe in keiner Weise die tatsächliche Situation der therapeutischen Gemeinschaft. Die psychisch gestörten Mitglieder der Gemeinschaft partizipieren zwar an einer kommunikativen Wirklichkeit, die möglicherweise von allen Mitgliedern geteilt wird - jedoch stehen die gesunden Mitglieder der Gemeinschaft in anderen sozialen Zusammenhängen außerhalb der Klinik, während für die Patienten die gemeinsam errichtete kommunikative Wirklichkeit die einzige bleibt. Die scharfe Trennungslinie nach außen, von der Siberski spricht, gilt ebenfalls nur für die Patienten, welche sich also nur im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft wahrnehmen können. Klinik aber, und damit auch therapeutische Gemeinschaft - oder besonders sie als Möglichkeit, über die Situation zu reflektieren, - liefert nur ein einziges Erfahrungsfeld, nämlich das des Patienten. Der Erfahrungsprozeß, der sich an der empirischen Bewährung in der Rolle als Patient vollzieht, muß notwendigerweise auf das Erfahrungsfeld der Klinik als Institution beschränkt bleiben: Die 'kommunikative Wirklichkeit' als realitätsstiftendes Element ist vorstrukturiert durch die Realität der Krank-

heit. Damit wird in der gemeinsam errichteten kommunikativen Wirklichkeit die Krankheit zum einzigen Kommunikationsinhalt. Wenn aber Krankheit der einzige Kommunikationsinhalt ist, ist es gleichgültig, in welchen äußeren Formen die Kommunikation organisiert ist. Eine veränderte Organisation der Kommunikation oder aber die Vorstellung einer gemeinsam errichteten Wirklichkeit, die auf die Kliniksituation beschränkt bleibt und Wert auf die scharfe Trennungslinie zum 'Außen' legt, verändert letztlich überhaupt nichts, solange Beziehungen zwischen Kranken (Patientenrolle als einzige kommunikative Wirklichkeit) und Gesunden (Zugänglichkeit zu mehreren kommunikativen Wirklichkeiten) die zugrundeliegende Struktur sind. Die Frage ist also zentral, ob die Patienten unter dem Gesichtspunkt des Orientierungsverlustes, also als Kranke in der Patientenrolle, oder unter dem Gesichtspunkt der Orientierungshilfe im Sinne der experimentellen Ermittlung von Handlungsmöglichkeiten wahrgenommen werden. Diese Handlungsmöglichkeiten liegen zwar nicht prinzipiell außerhalb der Klinik, aber prinzipiell außerhalb der Patientenrolle.

2.2. Therapeutische Gemeinschaften im Rahmen der englischen Anti-Psychiatrie

Zu den forschungsgeschichtlichen Voraussetzungen der Anti-Psychiatrie ¹ und ihrer therapeutisch-kommunikativen Praxis zählen die Ergebnisse und Hypothesen der nordamerikanischen Schizophrenieforschung ² mit ihrem Akzent auf familienpsychiatrischen Untersuchungen ebenso wie eine von den Anti-Psychiatern selbst vorgenommene Strukturanalyse der Institution Psychiatrie. Familie und psychiatrische Institution schließen sich nach dem schließlich entwickelten Konzept in einer Art 'Verschwörung' zusammen, um den künftigen Patienten, das 'Opfer' des gesamten Prozesses, mit dem Etikett 'geisteskrank' zu versehen. Die therapeutische Praxis, die sich innerhalb - aber besonders außerhalb psychiatrischer Institutionen auf dem Hintergrund dieses Konzepts entwickelte, konnte nur versuchen, das konstatierte ungleiche Kräfteverhältnis zugunsten des Schwächeren (Patienten) zu verschieben, in 'einer Art von Anti-Therapie, deren Vorläufer (...) die therapeutische Gemeinschaft war. Es schien, als böte sie den adäquaten Ausgangspunkt zu einer Behandlung (im neutralen Sinne des Wortes) der Patienten, die auf dem Prinzip der möglichst weitgehenden Nichteinmischung in ihr Zusammenleben und in ihre Kommunikation beruht' ³. Zwar ist die therapeutische, anti-institutionelle Praxis der englischen Anti-Psychiatrie nicht ohne den Hintergrund ihres Gesellschaftsverständnisses und ihres daraus abgeleiteten Krankheitsbegriffs zu verstehen; doch liegt der Hauptakzent der vorliegenden Arbeit auf einer Strukturanalyse der therapeutischen Gemeinschaften, die im Rahmen dieses Gesamtkonzepts entstanden sind. Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle ein kurzer Aufriß genügen: Das Gesellschaftsverständnis der Anti-Psychiater beruht auf der Vorstellung totaler Entfremdung des gesellschaftlichen Zusammenhangs in all seinen Erscheinungsformen, wobei der durchschnittliche Grad der Entfremdung als Normalität gilt. Alle Individuen, die von dieser Normalität abweichen und als 'krank' bezeichnet werden, sind möglicherweise eher auf dem Wege der Gesundung und bedürfen deswegen einer weitgehenderen und einfühlsameren Hilfe, -----

1 Der Begriff 'Anti-Psychiatrie' stammt von D.Cooper, 1967

2 vgl.zus.fass.dtsch: Bateson et al., Schizophrenie und Familie, Frankfurt 1969

3 Autorenkollektiv, Psychiatrie und Politik, in: Das Argument, Berlin 1973 Heft 1-3/70

als sie in psychiatrischen Institutionen konventioneller Prä-
gung angeboten wird. Eine Gesellschaft, die selbst krank sei,
könne im Grunde niemals therapeutische Institutionen hervor-
bringen, in denen diese Art der Heilung möglich ist. R.Laing
hat diesen Gedanken in einem einprägsamen Bild dargestellt:

Von einem idealen Standpunkt auf der Erde aus beobachten
wir eine Formation Flugzeuge in der Luft. Eine Maschine
schert aus der Formation aus. Die ganze Formation aber
kann auf falschem Kurs liegen. Die 'aus der Formation'
ausgescherte Maschine kann aus der Sicht der Formation
abnormal, falsch oder 'verrückt' fliegen. Doch die For-
mation selbst kann vom Standpunkt des idealen Beobachters
aus falsch oder verrückt fliegen. ¹

Auf dem Hintergrund dieses Gesellschaftsverständnisses richtete
D.Cooper in einer Abteilung eines psychiatrischen Großkranken-
hauses im Nordwesten von London eine therapeutische Gemeinschaft
ein, die er 'ein anti-psychiatrisches Experiment' nennt und unter
dem Titel: 'Villa 21' in einem Kapitel seines Buches 'Psychiatrie
und Anti-Psychiatrie' ² beschreibt.

Die 'Villa 21' existierte von Januar 1962 bis April 1966. Motiv
der Einrichtung war der Versuch, eine Behandlungseinheit mit we-
niger ritueller und starrer Rollenstrukturierung zu schaffen,
'wo die Patienten sich durch ihre Beziehungen mit anderen selbst
begegnen und erfolgreicher mit ihren Konflikten fertig werden konn-
ten, anstatt den leichten Ausweg in eine eng begrenzte, stereotype
Selbstdefinition zu wählen' (Cooper, s.101). Eine zentrale Ziel-
setzung der therapeutischen Gemeinschaft war also ein zur Dis-
kussion-Stellen jener Patienten-Rolle, welche den psychiatrischen
Patienten zur Selbstdefinition ihrer aktuellen Situation in der
Klinik einzig zur Verfügung stand. Weitere Motive für die Ein-
richtung der therapeutischen Gemeinschaft waren die Durchführung
eines familienpsychiatrischen Forschungsprojekts, das Cooper ge-
meinsam mit R.Laing und A.Esterson angenommen hatte; sowie die
Schaffung eines lebensfähigen Prototyps von Therapiegemeinschaft,
welcher außerhalb des institutionellen Zusammenhangs eingerichtet
und zunächst im institutionellen Rahmen erprobt werden sollte.
Inwieweit dieses Modell von therapeutischer Gemeinschaft jedoch,

1 R.Laing, Politics of Experience, (London 1967) Frankfurt
1969, 107

2 D.Cooper, Psychiatry and Anti-Psychiatry (London 1967)
Frankfurt 1972

trotz seiner außer-institutionellen Zielsetzungen, in die Institution eingebunden blieb, läßt sich - besser noch als an der Problematisierung der Patienten-Rolle - an den Konflikten aufzeigen, denen die Träger von Berufsrollen im Rahmen der Gemeinschaft ausgesetzt wurden. Während aber die verantwortlichen Ärzte durch die Autorität ihrer Führungsrolle und durch den exemplarischen Rahmen des wissenschaftlichen Projekts vor Identitätskrisen weitgehend geschützt blieben, wurden die von der Klinikverwaltung angestellten und in der Gemeinschaft tätigen Pfleger einem massiven Rollenkonflikt ausgesetzt, der offenbar auch im therapeutischen Raum der Gemeinschaft nicht bearbeitet werden konnte. Cooper und seine Mit-Initiatoren hatten von vorneherein die Absicht, zu ergründen, inwieweit die Abwehrhaltung des psychiatrischen Personals Veränderungen der rigiden Rollenstruktur verhinderte; und an welcher Stelle die Grenzen der 'institutionellen Irrationalität' (Cooper) festzusetzen seien:

Bevor wir irgendeine Aussicht haben zu verstehen, was in den Patienten vorgeht, brauchen wir zumindest eine elementare Vorstellung von dem, was im Personal vorgeht (s.105)

Mit dieser Zielsetzung wurde eine Veränderung der Rollen und Rollenerwartungen des psychiatrischen Personals ausdrücklich in das Programm der therapeutischen Gemeinschaft aufgenommen. Cooper beschreibt sehr ausführlich die Durchführung der Umwandlung einer traditionellen Klinikabteilung in eine therapeutische Gemeinschaft, von der Auswahl des Personals, der Patienten bis hin zur - jeweils glückenden oder mißglückenden - veränderten Organisation des Stationsalltags. Im großen ganzen orientierte sich Cooper an den von M.Jones formulierten Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, wobei Prozesse der Selbstreflektion und Rollenproblematisierung noch intensiver und fundamentaler durchgeführt wurden. Nach einer gewissen Zeit kam es nach Coopers Darstellung zu einer alle Mitglieder der Gemeinschaft betreffenden 'Rollendiffusion': 'Dies war ein notwendiges Stadium auf dem Wege dahin, daß das Personal und die Patienten sich selbst und ihre Beziehungen zueinander nicht aufgrund eines aufgepfropften Etikettiersystems definierten, das einige technische und quasitechnische Funktionen widerspiegelte, sondern im Hinblick auf die persönliche Realität eines jeden Mitglieds der Gemeinschaft' (s.110, Herv.von mir)

Coopers therapeutische Gemeinschaft strebt also Veränderungen der Beziehungsstruktur ausschließlich auf der personalen Ebene an: Zur 'persönlichen Realität' jedes Mitgliedes der Gemeinschaft gehört weder das Funktionieren im Rahmen der Berufsrolle noch die Tatsache der Eingebundenheit und materiell-psychischen Abhängigkeit von der Institution; ebensowenig wie die Tatsache der Hospitalisierung und der psychischen Störung als Grundlage und Kriterium der Patienten-Rolle. Pfleger, Ärzte und Patienten begegnen sich als von Rollenverpflichtungen und Rollenstützen total befreite Individuen, als Menschen schlechthin, die nicht mehr durch ein soziales Verhältnis miteinander verbunden sind. Die instrumentell-funktionale Ebene der Beziehungen, welche das Verhältnis der Individuen zueinander formalisiert und in gewisser Weise sichert und vorhersagbar macht, wird in Coopers therapeutischer Gemeinschaft mystifiziert, d.h. deren Existenz wird nicht nur nicht thematisiert, sondern für Beziehungen zwischen Individuen als vollständig irrelevant, wenn nicht gefährlich erklärt: Die Tatsache von Funktionsdifferenzierung, unterschiedlicher Qualifikation und unterschiedlicher aktueller Situation spielt für die in der Gemeinschaft interagierenden Gruppen und Individuen keine Rolle mehr. Sie haben ihre 'persönliche Realität' jenseits von Rollenvorstellungen und -inhalten zu definieren. Eine Folge dieser Mystifizierung war nicht nur der von Cooper konstatierte 'Zusammenbruch von Rollengrenzen' (s.110.) sondern auch eine vollständige Unsicherheit darüber, was im Rahmen dieses letztlich weiter bestehenden formalisierten Arbeits- und Beziehungsverhältnisses überhaupt noch zu tun sei:

Wenn das ärztliche und Pflegepersonal vorgeschriebene Ideen über seine Aufgabe zurückwies und nicht genau wußte, was als nächstes zu tun sei - warum dann überhaupt etwas tun? (s.110)

Durch die Leugnung der instrumentell-funktionalen Beziehungsebene und dem einseitigen Agieren auf der personalen Ebene wurden die Träger von Berufsrollen praktisch außerstande gesetzt, selbst primitivste und selbstverständlichste Funktionen im Rahmen ihrer Berufsrollen auszuüben. Stärker jedoch als die ärztlichen Initiatoren waren die Pfleger von dieser Rollenunsicherheit betroffen, da sie, mehr als die Psychiater, in den institutionellen Zusammenhang der Klinik eingebunden blieben. Abge-

sehen von der Tatsache, daß die Pfleger materiell und beförderungsmäßig von der zentralen Pflegeverwaltung abhängig waren, mußten sie sich außerdem gegenüber den Pflegern der übrigen Klinikstationen legitimieren, und wurden dadurch noch zusätzlich in einen Loyalitätskonflikt ihren vorgesetzten Ärzten gegenüber gestürzt. Von außen wurden die Pfleger zum Konformismus gezwungen: 'Aber Konformismus bedeutet in diesem Zusammenhang die Rückkehr zu den vorwiegend primitiven, ritualisierten Pflegegewohnheiten ...' (s.116) - in der therapeutischen Gemeinschaft selbst hatten sie ihre Rolle beständig in Frage zu stellen und Zusatzfähigkeiten zu erwerben: 'Das bedeutet, daß die Pfleger zwischen Unterordnung unter äußere Zwänge einerseits und dem Festhalten an den Prinzipien der Einheit andererseits zu wählen haben. Bis sie diese Wahl getroffen haben, unterliegt ihre Existenz in der Einheit unweigerlich schmerzlicher Verwirrung' (s.116/117).

Der grundlegende Irrtum Coopers liegt m.E. darin, daß er die Möglichkeit einer 'Wahl' annimmt. Es war vielmehr so, daß die Pfleger sowohl den Erwartungen der institutionellen Umwelt als denen ihrer Vorgesetzten innerhalb der Gemeinschaft zu entsprechen hatten. Zumal die Pfleger der Cooper'schen Therapiegemeinschaft außerhalb der Einheit zunehmend in den Verdacht gerieten, 'verrückt' zu sein. Da die Pfleger, im Gegensatz zu den Patienten, weder ständig in der Einheit lebten und den Kontakt mit der Außenwelt vermeiden konnten, noch durch die Patienten-Rolle grundsätzlich vor Zuschreibungen geschützt waren (Ein 'Verrückter' muß sein Verhalten nicht legitimieren und muß sich seiner Umwelt nicht verständlich machen, weil er bereits offiziell als 'unverständlich' etikettiert wurde.) gerieten sie in eine Identitätsdiffusion, die therapeutisch nicht aufgearbeitet werden konnte, weil grundsätzliche Erkenntnisvoraussetzungen fehlten. Das Ergebnis waren massive Regressionswünsche und Neidgefühle gegenüber den Patienten. Die im Cooper'schen Konzept von therapeutischer Gemeinschaft, welches die Veränderungsabsicht einseitig auf der personalen Beziehungsebene ansiedelt, angestrebte Auflösung der Rollen von Ärzten, Pflegern und Patienten in einem multi-polaren 'heilenden' Milieu, kam letztlich dadurch zustande, daß alle Mit-

glieder der Gemeinschaft sich auf einer bestimmten Regressions-ebene trafen, auf der üblicherweise Verhalten von Patienten angesiedelt wird. Cooper: 'Das Personal kann zur Realität dessen, was die Gemeinschaft der Einheit ist, nur um den Preis vordringen, daß es seine Existenz aufgibt oder sie zumindest einer Gefährdung unbestimmten Ausmaßes aussetzt.' (s.122)

Abschließend ist noch zu erwähnen, daß das gesamte institutionelle Experiment nur deswegen nicht vorzeitig abgebrochen werden mußte, weil die Rollenerwartung an die ärztlichen Leiter des Projekts relativ unverändert blieb. Diese Stabilität entlastete auch die Gruppe der Pfleger, weil sie sich außerhalb der therapeutischen Gemeinschaft auf ihre fachlich-technische Abhängigkeit von ihren ärztlichen Vorgesetzten berufen konnten: 'Wegen früherer Vorkommnisse in der Einheit, die beim Krankenhauspersonal den Eindruck erweckt hatten, der Arzt dieser Einheit habe neue, 'ultra-permissive' Ideen, wurde die Entscheidung des Stationspersonals als 'Taktik des Doktors' angesehen - sie mochte ziemlich verrückt sein, aber wenn sie ein übergeordneter Arzt ausgebrütet hatte, konnte man eben nichts machen' (s.114). Ähnlich wie die Therapiegemeinschaften M.Jones' durch dessen persönliche charismatische Autorität ermöglicht werden, aber auch an ihn gebunden bleiben, stand das Cooper'sche Experiment mit der Persönlichkeit seines Leiters und wurde durch seinen Fortgang beendet. Die geleugnete institutionelle Beziehungsebene setzt sich ein weiteres Mal durch, wenn aus dem juristisch-administrativen und therapeutischen Monopol des Psychiaters in der traditionellen Klinik das 'Veränderungsmonopol' der Initiatoren einer therapeutischen Gemeinschaft wird: Statt von technischen oder quasi-technischen Funktionen sind Personal und Patienten nunmehr von einer charismatischen leader-Figur und ihren 'ultra-permissiven Ideen' abhängig. Diese fast feudal zu nennenden Vorstellung von 'Demokratisierung' ist nur deswegen - trotz aller Widersprüchlichkeit für die beteiligten Personengruppen - durchsetzbar, weil die instrumentell-funktionale Beziehungsebene mit ihren Vorstrukturierungen kraft - geleugneter - institutioneller Autorität schlichtweg für nicht-existent erklärt wird. Auf diese Weise entsteht eine Gemeinschaft von (scheinbar) Gleichen, allerdings um den Preis der Regression auf die nur-personale Ebene der Beziehungen zwischen Individuen, die ihre

'persönliche Realität' geschichtslos anti-sozial definieren:
'Die wunschhafte Vorstellung, derartige Gemeinschaften könnten Freiräume gegen die Gesellschaft und ihre Bedingungen sein, ist lediglich eine Fortsetzung der falschen Annahme, es gäbe im Individuum nicht-gesellschaftliche Bereiche' ¹.

Der Weg der Anti-Psychiater führte konsequenterweise aus der psychiatrischen Institution heraus, scheinbar zurück in die Gesellschaft und zu jener Form therapeutischer Wohngemeinschaften, die als 'Network' und darunter besonders 'Kingsley Hall' bekannt geworden sind. Net-Work wurde getragen von einer Gruppe, die aus Psychiatern, Sozialarbeitern, ehemaligen Patienten und verschiedenen anderen, am Phänomen der psychischen Störung und ihren Äußerungsformen interessierten Personen bestand. Die therapeutische Wohngemeinschaft 'Kingsley Hall' entstand konzeptuell aus der Erfahrung der 'Villa 21', aber auch aus der Kritik von therapeutischen Gemeinschaften im Sinne Maxwell Jones'. Der in Kingsley Hall lebende Nervenarzt Joseph Berke berichtet darüber:

Bei der praktischen Durchführung dieses Programms hing alles von der Persönlichkeit des verantwortlichen Arztes ab. Im besten Fall fühlten sich Leute wie Max (Maxwell Jones, E.P.) ihrer selbst sicher genug, um Personal und Patienten ein großes Maß an Selbstbestimmung zuzugestehen. ...Im schlimmsten Fall artete das Programm in organisierte Gehirnwäsche aus. Die Patienten mußten ehrlich über ihre Gefühle sprechen, wurden aber häufig für das, was sie offenbarten, bestraft, während das Personal nicht gezwungen war, das Gleiche zu tun. Die Macht blieb in den Händen der Verwaltung, obgleich man nach außen jedem versicherte, daß die Gruppe frei und offen wäre' ²

Eine ähnliche Kritik äußerten die übrigen Initiatoren und Bewohner von Kingsley Hall an der therapeutischen Gemeinschaft M.Jones', zu welcher Kingsley Hall eine anti-institutionelle Alternative darstellen soll: Der Psychiater Leon Redler:

Ich glaube, daß das Kernstück der meisten therapeutischen Gemeinschaften das Verhalten des Patienten und nicht die Erfahrung der Gemeinschaft ist. Obwohl die Atmosphäre dort die Gemeinsamkeit fördert, scheint mir, daß die Gruppe selbst häufig eine kaum spürbare, bisweilen jedoch unverhüllte soziale Kontrolle ausübt. ³

1 Autorenkollektiv, a.a.O., 77

2 M.Barnes/J.Berke, Meine Reise durch den Wahnsinn
(London 1971) München 1973, 83/84

3 F.Basaglia/F.Basaglia-Ongaro, Die abweichende Mehrheit,
Frankfurt 1972, 103

Und weiter:

... häufig wird die Gruppe in der Praxis, obwohl dies von der Theorie nicht vorgesehen ist, in ihrem Denken von Pflegern und Ärzten beeinflusst ¹

Das Konzept von Kingsley Hall hingegen versuchte die Fehler zu vermeiden, die die therapeutische Gemeinschaft im Stile M.Jones' als institutionelle Version nicht vermeiden konnte. Hier ein paar Beispiele von Aussagen der Initiatoren und Bewohner von Kingsley Hall zum Konzept der therapeutischen Gemeinschaft:

What we wanted to do was to create an asylum in the original sense of the word where the healing can happen ²

The founder-members of Kingsley Hall hoped to fulfill in the 'community' their seed-idea that lost souls may be cured by going mad among people who see madness as a chance to die and be reborn ³

Kingsley Hall ist der einzige Ort der Welt, wohin ich gehen kann, wenn ich mich in einem Zustand der Verwirrung befinde, weil ich hier Leute finde, die sich nicht in mein Leben drängen und mir dennoch zur Seite stehen, wenn ich Anteilnahme nötig habe. ⁴

In der Hauptsache ging es jedoch den Bewohnern von Kingsley Hall darum, die Distanz zwischen der Gruppe des Personals und der Gruppe der Patienten zu nivellieren. Der Sozialarbeiter S.Briskin:

Alle Institutionen basieren auf zwei Pfeilern: dem 'wir' und dem 'sie'. Im Falle der erst seit kurzem bestehenden therapeutischen Gemeinschaft heißt das 'wir': Psychiater, Sozialhelfer, Psychologen; und das 'sie' steht für alle jene Personen, bei denen eine Form von Geisteskrankheit diagnostiziert wurde und die geheilt werden sollen. Im Unterschied dazu gibt es in Kingsley Hall (...) dieses zweigleisige System nicht. Wir haben kein Personal, und darum auch keine Patienten. ⁵

Gleichzeitig sollte gewährleistet werden, daß der gruppendynamische Stress ('organisierte Gehirnwäsche') zugunsten der Ermöglichung von Einzelerfahrung aufgehoben wurde:

Uns interessiert vor allem die Erfahrung und ihre Bedeutung für den einzelnen, wo immer er Hilfe braucht, versuchen wir, ihm dabei zu helfen, die eigene Erfahrung zu erhellen und ihr einen Sinn zu geben. ⁶

1 Basaglia/Basaglia-Ongaro, a.a.O., 104

2 J.Berke, 'Anti-Psychiatry' in: R.Boyers/R.Orrill (Hg.), Laing and Anti-Psychiatry, Harmondsworth/England 1972, 217

3 M.Schatzman, Madness and Morals in: R.Boyers/R.Orrill (Hg.) a.a.O., 194

4 Basaglia/Basaglia-Ongaro, a.a.O., 106

5 ebd., 104

6 ebd., 104

Erfahrung wird hier deshalb so zentral gefaßt, weil man Krankheit in Form der Psychose gleichsetzt mit 'Verstümmelung' von Erfahrung, die durch die wichtigsten Bezugspersonen in der Sozialisation organisiert wird (vgl. vor allem: R.Laing, *Politics of Experience*, London 1967, aber auch die zentrale Bedeutung des Begriffs 'Mystifizierung' in R.Laings Beitrag in: Bateson et al., *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt 1969, 274 ff).

In Kingsley Hall sollten also ähnlich wie in Coopers institutionellem Experiment, alle durch Berufsrollen vorgegebenen Unterschiede zwischen den Mitgliedern der Gemeinschaft, aufgehoben werden. Dieses ideale Modell - sofern es jemals tatsächlich in die Praxis übertragen wurde - mußte allerdings nach kurzer Zeit aufgegeben werden. R.Laing deutet dies an:

Innerhalb von Net-Work versuchen wir, nicht in Rollenspiele zu fallen, oder wenigstens manche von der Gesellschaft aufgezwungenen Rollen zu umgehen. Zum Beispiel die des Vorgesetzten und Untergebenen, des Psychiaters und Patienten ... (...) Das will natürlich keineswegs heißen, daß sich nicht doch eine eigenartige Form dieser Rollenerwartung eingeschlichen hätte ... Zum Beispiel erzählte uns ein aus Amerika herübergekommener Psychiater, während seines ersten Monats in Kingsley Hall während einer Sitzung, unter den dort lebenden Personen sei eine Frau, die, wie er sich ausdrückte, die Wahnvorstellung entwickelt habe, er sei ihr Arzt, aus dem einfachen Grund, weil er sie regelmäßig während ihrer schweren Anfälle von Geistesverwirrtheit gesehen hatte. (...) Indem er seine Rolle als Arzt verneinte, etikettierte er praktisch die Frau als bewußtseinsgetrübt, da sie ihn als das erkannte, was er war (nämlich Arzt). Es ist nicht so einfach, plötzlich alle Zelte abzubauen ... 1

Trotz aller Bemühungen, außen gültige Rollen nicht in die Gemeinschaft zu tragen, gelang dies nur in Ansätzen: 'Allerdings fiel es den ausgebildeten Ärzten schwer, sich gegenüber den anderen nicht als solche aufzuführen. Und gleichermaßen fiel es denen, die als Patienten ausgebildet waren, schwer, sich nicht als Patienten zu fühlen'. 2

Der Versuch, die instrumentell-funktionale Beziehungsdimension zu negieren, wurde noch zusätzlich von den 'Patienten' selbst unterlaufen: 'Gegen dieses Gesetz (der Negation der instrumentellen Beziehungsdimension, E.P.) verstieß Mary am schwersten von allen. Sie legte alles, was für sie (oder jeden anderen) getan wurde, als Therapie aus' 3. Die Rollenerwartung an die im Hau-

1 Basaglia/Basaglia-Ongaro, a.a.O., 113

2 Berke/Barnes, a.a.O., 219

3 ebd.

se lebenden Ärzte blieben trotz des Versuchs, sich dieser Erwartung zu entziehen, bei den 'Patienten' intakt. Zwar lebten die Ärzte wie die Patienten freiwillig in Kingsley Hall, und keiner bezahlte für den Aufenthalt oder für die 'Behandlung', und die Therapeuten, die außerhalb des Hauses ihren Lebensunterhalt verdienten, übernahmen auch pflegerische Aufgaben, z.B. die Betreuung von Personen, die tief in ihrer Regression steckten. Dennoch mußte die Zurückweisung traditioneller Rollenerwartungen durch die Therapeuten zu einer hochgradigen Konfusion führen, die die verwirrten Mitglieder der Gemeinschaft vermutlich noch stärker traf als diejenigen, die das Haus verlassen konnten, um ihre persönliche Realität wieder herzustellen und zu überprüfen. Die gewaltsame, im übrigen rein verbale Aufhebung der Rollen führte weiterhin zu neuen Etikettierungen: wie z.B. dem 'Wahn, einen Arzt für einen Arzt zu halten'. Die Weigerung der Patienten, dieses Spiel mitzuspielen, verhinderte letztlich eine weitere Mystifizierung der Situation. Durch die Zuweisung der Rolle 'Therapeut' gaben sie den Therapeuten eine Handlungsanweisung, wie sie sich in einer solchen Situation zu verhalten hätten, und gaben ihnen einen Teil ihrer geleugneten persönlich-sozialen Realität zurück. Möglicherweise wurde den im Hause lebenden Therapeuten dadurch sogar geholfen, ihre Rolle zu akzeptieren und sie in der richtigen Weise den Hilfesuchenden gegenüber einzunehmen. Die verbal durchgesetzte Gemeinsamkeit zwischen Ärzten, Sozialarbeitern, Patienten und sonstigen interessierten Personen, die sich als Alternative zur etikettierenden 'Behandlung' in der traditionellen psychiatrischen Klinik, aber auch als Alternative zur therapeutischen Gemeinschaft darstellte, war in Wirklichkeit nichts weiter als eine Reihe von therapeutischen Dyaden im informellen Rahmen einer gemeinsamen Wohnsituation. Die Gefahr, die solche scheinbar 'gesellschaftsfreie' Räume für alle Betroffenen beinhalten, ist neben der erwähnten und mit solchen Experimenten einhergehenden Auflösung der Rollengrenzen ein fortschreitender Prozeß der Ausgrenzung der Gemeinschaft aus allen sozialen Bezügen. Nicht in die Gesellschaft 'zurück' führte die therapeutische Gemeinschaft im Sinne der englischen Anti-Psychiatrie, sondern in eine weit größere Isolation, welche die Grenze zwischen dem 'Innen' der Gemeinschaft und dem 'Außen' für die

Bewohner der Gemeinschaft fast unübersteigbar machte. Die Hoffnung auf eine von Rollenbestimmung, von Herrschafts- und Abhängigkeitsverhältnissen freien Gesellschaft konnte in der Konsequenz nur durch das Ausweichen in den widerspruchsfreien Raum der psychischen Störung am Leben erhalten werden. So ist die Frage berechtigt: 'Was ist das Neue an der Herrschaft des Therapeuten, der sich als Nicht-Therapeut ausgibt, in seiner Beziehung zum Patienten, der kein Patient ist, ...?' ¹ Das Neue ist, daß die Mystifizierung von sozialen Beziehungen die Grenzen der 'institutionellen Irrationalität' (Cooper) noch überspringt und sich der personalen Beziehung mit all ihren unkontrollierbaren, lebensgeschichtlich geprägten Verhaltens-elementen bedient, um ein Konzept von Gemeinschaft durchzusetzen, welches das Soziale, also im Grunde die Gemeinschaft, negiert. Die Mitglieder der Gemeinschaft werden damit in ihre falsche Privatheit zurückgestoßen, unter der sie als psychisch gestörte Individuen litten und von der sie in der Gemeinschaft Heilung suchten. Doch die Gemeinschaft hat sich, explizit oder implizit ein anderes Ziel gesetzt. R.Laing: 'Psychiatrically this would appear, as ex-patients helping future patients to go mad'. ²

2.3. J. Foudraines 'School for living'

Der holländische Psychiater Jan Foudraïne berichtet über die Umwandlung einer Station in der aus der psychiatrischen Literatur bekannten Privatklinik Chestnut Lodge ³ nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. In einer weiteren Phase der Umstrukturierung wird aus der therapeutischen Gemeinschaft eine 'Lebensschule' (school for living). Es handelt sich um eine therapeutische Gemeinschaft personal-orientierten Typs, welche der Tatsache familiärenähnlicher Beziehungen zwischen psychiatrischem Personal und Patienten besondere Aufmerksamkeit schenkt - ohne allerdings die Problematik solcher Beziehungsformen wirklich von Grund auf analysieren zu können. Es scheint vielmehr

1 Basaglia/Basaglia-Ongaro, a.a.O., 124

2 M.Schatzmann, a.a.O., 194

3 J.Foudraïne, Wer ist aus Holz?, (Bilthoven 1971), München 1973

so, daß die Veränderung der Beziehungsstruktur sich geradezu an dem Modell der 'großen Familie' orientiert und personale Beziehungsmodi zu Sozialisationszwecken explizit genutzt werden sollen; was auch in der Wahl des Begriffs 'school for living' zum Ausdruck kommt. Hingegen wird die tendenzielle Pathogenität eines einseitigen Agierens auf der personalen Beziehungsebene zwar vor, aber nicht mehr nach erfolgter Umstrukturierung in eine therapeutische Gemeinschaft erkannt und problematisiert.

Bei seiner Ankunft in Cestnut Lodge stellte Foudraine fest, daß die psychoanalytisch orientierte Klinik, welche ungewöhnlich günstige Voraussetzungen für Soziotherapie geboten hätte, diesen Aspekt der therapeutischen Interaktion wesentlich vernachlässigt hatte: 'Auf der Station herrschte eine recht traditionelle Atmosphäre; die Organisation besaß einen ziemlich ausgeprägt hierarchischen Charakter' (s.133). Auf der untersten Stufe der Hierarchie standen die Patienten, auch wenn sie z.T. seit mehr als 10 Jahren regelmäßige psychoanalytische Behandlung genossen. Foudraine:

Stellen Sie sich die Situation einmal vor: Ein ausgezeichnete Psychoanalytiker, (...) sieht seine Patientin zehn Jahre lang viermal wöchentlich und interpretiert, was sich in ihr und zwischen beiden abspielt. Er hofft, daß sie zu sich selbst findet, sich differenziert aus dem Nährboden ihres gegenseitigen Kontakts und die Kraft zum Aufbau ihrer eigenen Selbständigkeit findet. Und gleichzeitig, praktisch vor seiner Nase, arbeitet Mrs. Care (es handelt sich um eine psychiatrische Krankenschwester, E.P.) die restlichen 23 Stunden des Tages in entgegengesetzter Richtung.

Foudraine stellte weiter fest, daß die Beziehungen zwischen (weiblichem) Pflegepersonal und (weiblichen) Patienten sich nach dem pathogenen Modell der Mutter-Kind-Symbiose als Wiederholung in einem institutionell verfestigten Beziehungsverhältnis gebildet hatten. Dies zumindest traf für einen großen Teil der Beziehungen zu, von denen Foudraine eine gesondert erwähnt: 'Das Band zwischen diesen beiden (es handelt sich um eine ältere Krankenschwester und um eine Patientin, E.P.) ist eine Art Symbiose, aber von einer Qualität, die wir als statisch

und pathologisch bezeichnen müssen. Das ganze muß viel Ähnlichkeit mit dem haben, was Leslie früher mit einer ihrer Elternfiguren mitgemacht hat, das Drama eines ängstlichen Sich-Aneinander-Klammers von Mutter und Kind, eine Beziehung, die jede Entwicklung hemmt bzw. aufhebt.' (s.157) Das Ergebnis dieser fürsorglich-bemutternden Haltung des Pflegepersonals den Patienten gegenüber war eine vollständige Unselbständigkeit und Entmündigung unter dem Schutz der 'Patienten-Rolle'. Als Foudraine im Rahmen der Umwandlung der Station auf diese Beziehungsverhältnisse aufmerksam machte und die Anordnung gab, die Patienten an der Stationsarbeit mitzubeteiligen, war die Reaktion von Patienten und Personal wachsende Rollenverwirrung und Angst vor Rollenverlust. Das Personal fürchtete nicht nur um die Sinngebung seiner Arbeit, sondern zunehmend auch um den Arbeitsplatz: Eine zu große Selbständigkeit der Patienten hätte ihre Arbeitsleistung überflüssig gemacht. Die Patienten reagierten nicht wesentlich anders, 'denn ihre Rolle, zusammengesetzt aus Verhaltensformen, die man als 'verrückt', 'hilfslos', 'unverantwortlich', 'invalid', 'inkompetent' umschreiben könnte, wurde bedroht. Diese Rolle war auch ihre Sicherheit, und in ihrer Angst stürzten sie sich fanatisch in ein beinahe noch regressiveres und passiveres Verhalten' (s.154).

Foudraine gibt zu, daß er seine Reformen nicht demokratisch einführte: 'Praktisch diktierte ich sie.' (s.155) Beim täglichen 'community meeting' was zum damaligen Zeitpunkt das einzige Instrument zur Durchsetzung einer veränderten Beziehungsstruktur war, werden Neuerungen und Vorschläge des vorgesetzten Arztes diskutiert. Während sich aber die internen Schwierigkeiten der Umstrukturierung in einer neuentstandenen Solidarität langsam auflösen, wird der Druck von außen stärker, und die Gemeinschaft kommt in eine krisenhafte Auseinandersetzung mit der umgebenden Krankenhaus-Organisation, welche der neuentstandenen therapeutischen Gemeinschaft ihre Selbständigkeit nicht zugestehen will. Auch in dieser Auseinandersetzung neigt Foudraine dazu, soziale Verhältnisse zu personifizieren. Ein Zitat: 'Es ist verführerisch, hier wiederum von statisch-pathologisch-symbiotischen

Bindungen zu sprechen, diesmal zwischen der Mutter-Krankenhausorganisation und der Station als ihrem Kind, das völlig abhängig von der Zufuhr der 'departments' geworden war und damit praktisch unmündig' (s.163). Gemeinsame Anstrengungen des Personals der therapeutischen Gemeinschaft sind notwendig, um der Kritik an dem allgemein-hygienischen Versorgungszustand der Station zu begegnen. Die Patienten versuchen zu diesem Zeitpunkt, das gesamte Experiment zu sprengen, indem sie die Übernahme von bestimmten Arbeiten auf der Station verweigern; während die Schwestern aus 'therapeutischen Gründen' und unter dem Druck der diktierten Innovation nicht unterstützend eingreifen dürfen. Schließlich kommt eine Aufforderung der Verwaltung, die Station zu reinigen. Dieser 'Kommunikation' auf der instrumentellen Beziehungsebene können sich weder der Initiator des Modells noch die Schwestern entziehen - mit dem Ergebnis, daß die Station von den Schwestern gereinigt wird. Foudraine kommentiert diesen Vorgang ironisch, doch kann auch er nicht leugnen, daß sich die therapeutische Gemeinschaft in bezug auf die institutionelle Umgebung in einer gewissen Isolation befindet, welche besonders das Pflegepersonal zu spüren bekommt. Er gibt auch zu, daß das ganze Unternehmen aufgrund seines Modell-Charakters und aufgrund von Freiheiten, die ihm als experimentierfreudigen jungen Psychiater eingeräumt wurden, weitgehend von außen geschont wurde. Nach einem Jahr und sieben Monaten sind nach Foudraines Darstellung die Spannungen zwischen den verschiedenen Hierarchie-Ebenen ebenso wie die problematische Innen-Außen-Beziehung der therapeutischen Gemeinschaft weitgehend aufgelöst. Foudraine spricht von 'einer Öffnung der zwischenmenschlichen Beziehungen', welche wichtiger sei als die buchstäbliche Öffnung der Türen. Die geschlossenen Türen der Abteilung symbolisieren gleichwohl eine von Foudraine nicht realisierte Abkapselung des 'therapeutischen Milieus' von der institutionellen und nicht-institutionellen Außenwelt. In diesem Zusammenhang zitiert Foudraine Greenblatt/Levinson:

Obwohl eine beträchtliche Verbesserung in den Verhältnissen zwischen Personal und Patienten notwendig erscheint, ehe die Tür geöffnet werden kann, lassen sich ideale Verhältnisse erst erreichen, nachdem die Tür geöffnet ist, denn nur die offene Tür kann das Personal aus der verwirrenden Konfliktsituation befreien, daß es gleichzeitig Pfleger und Wärter ist. (s.171)

Foudraine stimmt dieser Auffassung nicht zu: 'Was aufgeschlossen werden muß, sind nicht die Türen, sondern die Spontaneität, die zu persönlichen und zwischenmenschlichen Beziehungen führt, im Gegensatz zu den geschlossenen, rollenabhängigen, professionellen Interaktionen.' (ebd.) Mir erscheint anhand dieser Auffassung eine Erörterung der Frage möglich, wie Foudraine sich um die Wahrnehmung einer institutionell vorgegebenen Beziehungsstruktur regelrecht 'herumdrückt' und seine Veränderungsabsicht einseitig auf der personalen Beziehungsebene ansiedelt. Foudraine berichtet, daß das 'Schlüsselproblem' dadurch gelöst wurde, daß das Personal den Patienten die Schlüssel übergab, damit diese selbst die Türen öffnen konnten. Auf ganz ähnliche Weise löst Foudraine das Problem der Rollenabhängigkeit psychiatrischer Tätigkeit: Er setzt Spontaneität an die Stelle der professionellen Interaktion und verwischt damit die von den Patienten täglich zu machende Erfahrung, daß Rollen weiter bestehen; auch wenn deren Inhalte leicht modifiziert wurden. Das Pflegepersonal bleibt in der 'verwirrenden Konfliktsituation' zugleich Pfleger und Wärter zu sein - es behält die Schlüsselgewalt und damit eine beträchtliche institutionelle Macht. Foudraine glaubt diese Machterfahrung dadurch relativieren zu können, daß die Pfleger den Patienten 'in freundschaftlicher Weise' (Foudraine) die Schlüssel übergeben. Diese rituelle Geste, die keinen realen, materiellen, einklagbaren Inhalt hat, (denn es hängt von den Pflegern, bzw. ihrem Vorgesetzten ab, ob diese Privilegien zurückgenommen werden oder nicht) soll den Patienten das Gefühl von Selbständigkeit und Autonomie vermitteln. Tatsächlich aber werden die Patienten auf der personalen Ebene zur Unabhängigkeit aufgefordert, während die institutionelle Beziehung unthematisiert bzw. tabuisiert bleibt: Die Patienten-Rolle beinhaltet vor allem anderen eine Einschränkung persönlicher Freiheiten wie z.B. das Recht auf selbständiges Verlassen der Klinik. Das psychiatrische Pflegepersonal wiederum ist über seine Berufs- und Arbeitsrolle dazu aufgefordert, diese Einschränkung institutionell zu erzwingen; und zusätzlich mit genügend institutioneller Macht ausgestattet, jedwede weitere Einschränkung im Prinzip durchzusetzen. Durch die - symbolisch zu verstehende - Übergabe der Schlüssel an die Patienten wird die Tatsache institutioneller

Macht mystifiziert, die Unabhängigkeit der Patienten bemißt sich nach Maßgabe der verordneten Liberalisierung.

Noch konsequenter wird Foudraine in der Verabsolutierung der personalen Beziehungsdimension, als er nach dreijähriger Praxis und Erfahrung mit dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft die 'Lebensschule' (school for living) etabliert. Seine Begründung: 'Ich wollte diese ganze medizinische Konzeption und damit auch diese medizinische Sprache loswerden' (s.279). Foudraine beginnt also, die medizinisch-psychiatrische Orientierungssprache, in der sich Psychiater, Pfleger und zunehmend auch die Patienten verständigten, aus dem organisatorischen und therapeutischen Alltag der therapeutischen Gemeinschaft zu verbannen; selbstverständlich wiederum per Diktat auf der gelegneten instrumentellen Beziehungsebene. Mit der 'Abschaffung' der medizinischen Sprache schafft Foudraine gleichzeitig das Medium ab, in dem die Funktionsträger der Klinik ihre Berufsrollen definieren: Wenn die Klinik zur 'school for living' wird, werden aus Psychiatern und Pflegern 'educators'. Die Patienten werden von nun an 'students' genannt. Damit hat die therapeutische Gemeinschaft, zusätzlich zur schon konstatierten sozialen Isolation, eine Privatsprache entwickelt, die nur innerhalb der therapeutischen Gruppe Gültigkeit besitzt. Foudraine versucht also, das medizinisch-psychiatrische Denk- und Handlungsschema dadurch aus der Welt zu schaffen, daß er die an dieses Modell gebundenen Verständigungssymbole ersetzt. Sicherlich ist die jeweilige Verfügung über die psychiatrische Sondersprache gerade in sich demokratisierenden Klinikstrukturen ein latentes Herrschaftsinstrument und dient in diesem Sinne der Statussicherung der privilegierten Gruppen; jedoch ist die gesamtgesellschaftliche Durchsetzung des medizinischen Handlungsmodells zur Bearbeitung des Problems der psychischen Störung nicht nur eine Frage terminologischer Festlegungen. Indessen war Foudraines Absicht klar:

Das Problem läßt sich vorläufig folgendermaßen zusammenfassen: Solange der Begriff 'Geisteskrankheit' ('mental illness') als praktischstes Etikett für abweichendes Verhalten verwendet wird und solange Ärzte (...) zusammen mit 'Schwestern' ihre Aufgabe als 'Behandlung' definieren und ihre Zielsetzung in Begriffen wie 'Gesundheit' und 'Genesung' artikulieren, steht man auf einer medizinischen Bühne. Auf dieser Bühne, in sie einbezogen, werden die verschiedenen 'role-players' ihre medizinischen Rollen des 'Arztes' und 'Patienten', des 'Gesunden' und 'Kranken' hingebungsvoll spielen. (s.285)

Das Konzept der 'Lebensschule' fasziniert Foudraine deshalb, weil gleichzeitig 'eine andere Bühne benutzt wurde' (s.285), die die Problematik psychischer Störung terminologisch im Rahmen allgemeiner Lebensschwierigkeiten ansiedelt. Mit der Wahl der Bühnen-Metapher, die Foudraine von E.Goffman übernommen hat, scheint die Goffman'sche Kurzschlüssigkeit bei der Beurteilung institutioneller Tatsachen konzeptuell eingeschlossen zu sein: Eine psychiatrische Klinik ist keine Bühne, - selbst unter den Bedingungen veränderter Kommunikation - auf der Ärzte und Patienten ihre 'medizinischen Rollen' spielen, sondern ein institutioneller Zusammenhang, der über die aktuelle Interaktionssituation hinaus verbindlich soziale Wahrnehmung und die über kulturelle Tradition und Sozialisation vermittelte Weitergabe dieser Wahrnehmung strukturiert. Vielmehr scheint der 'Spielcharakter' der Foudraine'schen Reformen, welcher durch Änderung des Interaktionsverhaltens gesamtgesellschaftlich geltende Zusammenhänge außer Kraft setzen will, die Bühnen-Analogie nahezulegen. Im übrigen gilt die schon an Goffman an anderer Stelle vorgenommene Kritik (vgl.Kap.II).

Foudraine unternimmt den Versuch, medizinische Metaphern zur Beschreibung bestimmter Formen abweichenden Verhaltens - welche jedoch immer auch eine Handlungsanweisung und Verhaltensanweisung enthalten - durch Begriffe aus einem anderen sozialen und institutionellen Zusammenhang zu ersetzen. Statt des von ihm als fragwürdig empfundene Arzt-Patienten-Verhältnisses wählt er die Beziehung Lehrer-Schüler, welche ebenfalls Ausdruck eines Über-Unterordnungsverhältnisses ist; und unterstellt damit, daß es sich bei der psychischen Störung um ein Problem des Mehr- oder Weniger-Wissens handle.

Die Lehrer-Schüler-Metapher suggeriert, daß die Schüler im Prinzip in der Lage sein müssen, durch Lernen bestimmte Defizite aufzufüllen. Auf diese Weise individualisiert Foudraine das Problem der psychischen Störung, weil er unterschlägt, daß psychische Störung auch das Ergebnis eines Urteils über Verhalten ist: Die Patienten-Rolle, betrachtet als Resultat einer Interaktion zwischen 'Störendem' und 'Gestörten', welche sich in der

Klinik (und hier besonders in der therapeutischen Gemeinschaft) fortgesetzt, ist die inhaltliche Ausformulierung eines sozialwissenschaftlichen Zugangs zum Problem der psychischen Störung. D.h. die Wahrnehmung der psychischen Störung als soziales Problem erfordert eine gemeinsame Aktion und Analyse aller am Problem Beteiligten (besonders aber der Betroffenen selbst) und nicht die Beibehaltung der alten Struktur in einem neuen terminologischen Gewand.

Es bleibt festzuhalten, daß die - unverbindliche - Umbenennung institutioneller Rollen und Aktivitäten intern für Überraschungseffekte sorgen kann: Bezeichnenderweise hatten die Patienten die größten Schwierigkeiten, sich aus ihrer Krankenrolle heraus in die Situation des Lernenden zu begeben. Unter gruppendynamischen Gesichtspunkten ist die Foudraine'sche Lebensschul-Praxis sicher therapeutisch fruchtbar einzusetzen.

Wir hatten festgestellt, daß die Entdeckung der personalen Beziehungsdimension ¹ zwischen Individuen, die 'bedeutungsvolle' Kommunikation möglich macht, ein Charakteristikum der Beziehungsstruktur ist, die die therapeutische Gemeinschaft (als System von Beziehungen) unterscheidet von der in custodialen psychiatrischen Einrichtungen verbreiteten Beziehungsstruktur. Dies bedeutet nicht, daß diese Dimension in der traditionellen Klinik nicht bestanden habe, ² sie wurde lediglich explizit gemacht und therapeutisch-kommunikativ genutzt. In der Mehrzahl der therapeutischen Gemeinschaften, deren Etablierung und Verlauf von den Initiatoren beschrieben wird, spielt diese Beziehungsebene eine entsprechend hervorragende Rolle. Dies mag der Grund sein, daß die oftmals erwähnten institutionellen Vorstrukturierungen - das eigentlich Konservierende und gegen Veränderungsabsichten Resistente, sowohl in der Beziehung zur Institution wie in den Beziehungen der im Klinikzusammenhang interagierenden Gruppen - mehr oder weniger vernachlässigt werden. Eine vollständige Leugnung der institutionellen Beziehungsebene führt allerdings dazu,

1 Weitere therapeutische Gemeinschaften personal-orientierten Typs: - Therapeutische Gemeinschaft Gorizia (Görz), eingerichtet von F.Basaglia und seinen Mitarbeitern beschrieben in: F.Basaglia (Hg.) Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen, (Turin 1968), Frankfurt 1973

2 vgl.bes. Stanton/Schwartz, Goffman, op.cit.

daß sich jede Interaktion nach dem Modell der zufälligen Begegnung oder des quasi-privaten Kontakts strukturiert. Es kam schon zum Ausdruck, daß sich durch solche Vorstellungen über Kommunikation zwischen Individuen eine 'Schein-Gleichheit' herstellt, die tendenziell pathogen ist, weil sie den privaten Raum des Individuums und damit dessen individuellen Spielraum unzulässig ausdehnt. Es handelt sich um eine 'Universalisierung von (persönlicher) Erfahrung' ¹: Eine Kommunikation zwischen Individuen über jeweils bestehende Zwänge und Abhängigkeiten hinweg ist über den privaten Raum hinaus nicht intersubjektiv verbindlich; Verbindlichkeit wird erst durch die institutionelle Beziehungsdimension hergestellt. Diese stellt im übrigen auch die Beziehung zum 'Außen' her. Eine Leugnung dieser Ebene führt, wie gezeigt werden konnte, zu beträchtlicher sozialer Isolation: Damit Modelle wie das der therapeutischen Gemeinschaft, welche in einer Institution als Innovationen immer einen gewissen Freiheitscharakter haben, nicht zur Privatwelt verkommen ², ist die ständige Wahrnehmung und Thematisierung der institutionellen Beziehungsdimension notwendig. Transorganisationelle Kategorien wie die Komplementär-Beziehung Arzt-Patient oder Arzt-Pfleger sind nicht durch simple Nichtigkeits-Erklärungen aus der Welt zu schaffen; wie umgekehrt gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge sich weder aus Interaktionsphänomenen induktiv erschließen lassen noch durch diese etwa wesentlich zu beeinflussen wären. Der historisch-ökonomische und nicht zuletzt psychologisch gewachsene Inhalt von bestimmten Formen institutioneller Bearbeitung sozialer Teilprobleme, welcher die Basis auch für Rollendifferenzierungen bietet, muß bei der Thematisierung von Rollenverständnis mitreflektiert werden; ebenso wie seine spezifisch historische Funktionalität bzw. Dysfunktionalität.

Wenn nun ein besonderes Interesse - und zwar aufbauend auf der personalen Beziehungsdimension (mit ihrer Grundannahme von Verständigungsmöglichkeit und Intersubjektivität zwischen Personal und Patienten - der instrumentell-funktionalen Beziehungsebene (als der Beziehung zwischen in gesellschaftlichem Auftrag Arbeitenden und dem Objekt seiner Arbeit) geschenkt wird, so impliziert dies nicht nur die Formulierung von gemeinsamen Zielsetzungen

1 vgl. die Kritik an R.Laing und der anti-psychiatrischen Gesellschaftstheorie in: Autorenkollektiv, Psychiatrie und Politik, a.a.O., S.73 ff

2 mit einer Privatsprache, wie das Beispiel Foudraines zeigt

sondern zunächst die Anerkennung von Verschiedenheit im Sinne verschiedener Interessenlagen der Interaktionspartner. Die Illusion der partnerschaftlichen Therapie oder der Gleichberechtigung in der Gemeinschaft tritt zurück vor der Erkenntnis, daß psychiatrisches Personal auf sämtlichen Hierarchieebenen das Leben der Patienten fremdbestimmen kann. Dies kann geschehen durch Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (geschlossene Türen), durch Strukturierung und Vorgabe von Zeitabläufen (z.B. therapeutische Sitzungen) durch Zuschreibungsprozesse (vor allem anderen: die Patientenrolle) etc. Die Hierarchie der Verantwortlichkeiten ist ein weiteres Moment der instrumentellen Beziehungsdimension.

Diese Überlegungen weisen über die Rolle des psychiatrischen Personals innerhalb der Gemeinschaft hinaus: die personale Beziehungsdimension, die Kommunikation mit als 'unverständlich' Bezeichneten ermöglicht hatte, bewährt sich nur als Medium der Veränderung interner Beziehungsstrukturen. Doch über die institutionelle Beziehungsebene, über die Rollen in der Institution, bleiben die scheinbar von 'außen' gesetzten Sinnstrukturen¹ bestehen. Damit ist für die in der therapeutischen Gemeinschaft interagierenden Personengruppen gemeint: ein arbeitsfähiges Individuum verhält sich auf bestimmte Weise gegenüber einem arbeitsunfähigen Individuum; ein 'Normaler' verhält sich gegenüber einem 'Verrückten'; ein über internalisierte Verhaltenskontrollen verfügendes Individuum verhält sich gegenüber einer Person, dessen 'Kontrollverlust' offiziell festgemacht wird an der Tatsache der Einweisung in eine psychiatrische Klinik.

Ich bin der Ansicht, daß die in der Beziehung zu psychisch gestörten Personen vorgeschriebene hohe soziale Distanz in den Arbeitsrollen des Personals symbolisiert und typisiert ist. Die

1 Ich übernehme den Begriff 'Sinnstrukturen' von P.Runde als Terminus zur Benennung des Bezugsrahmens gesellschaftlicher Bewertungen, welche zwar - im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Paradigmas - eine relativ humane Versorgung psychisch gestörter Personen ermöglicht, ihnen aber soziale Teilhabechancen fast vollständig verweigert. Die Bewertung psychisch Gestörter als unfähig zur Teilnahme an bestimmten sozialhistorisch entstandenen, durch den Bedeutung von 'Arbeit' als Selbstverwirklichung gekennzeichneten Kommunikationsstrukturen ist ein Akt gesellschaftlicher Macht, deren Durchführung an das Personal von psychiatrischen Kliniken delegiert ist. In diesem Sinne enthalten Sinnstrukturen u.a. auch Machtstrukturen. Diese Machtbeziehungen werden in Gemeinschaften von scheinbar Gleichen nicht mehr thematisiert.

Arbeitsrollen der Funktionsträger der Klinik enthalten die Erwartungen der Außenwelt, nämlich die, vor den Kranken geschützt zu werden; und sie enthalten auch die Forderung auf Umsetzung dieser Erwartung in Verhalten. Damit ist ein bestimmtes Maß an Einschränkungen nicht nur erlaubt, sondern darüber hinaus von der 'gesunden' Umwelt gefordert. Hieran muß sich für das Personal therapeutischer Gemeinschaften die Frage knüpfen, welche Art von Arbeit hier verrichtet wird und was die Inhalte dieser Arbeit sind. Wenn weiter angenommen wird, daß die Selbstwahrnehmung des psychiatrischen Personals im therapeutisch-kommunikativen Prozeß geschärft wird, könnte die Selbstdarstellung der Patienten und ihrer Vorgeschichte u.U. ausreichend sein, um Bewußtsein darüber zu schaffen, welche spezifischen Verhaltensweisen aus der Welt der Gesunden, Kommunikationsfähigen und Arbeitsfähigen heraus in die eindimensionale Welt der Klinik geführt haben. Daran muß sich die Frage anschließen, was eine Personengruppe der Gemeinschaft (Patienten), so grundlegend von den übrigen Mitgliedern unterscheidet, daß Formen besonderer Behandlung notwendig werden - wo andererseits 'Gemeinschaft' (Kommunikation zwischen Gleichen) konzeptuell denkbar ist.

Das Personal therapeutischer Gemeinschaften, das in seiner Arbeitsrolle Repräsentant der gesunden und arbeitsfähigen Mehrheit ist, vermittelt diese Haltungen (auch die Einstellung psychisch gestörter Personen gegenüber) in den sozialen Zusammenhang hinein, in der es gleichzeitig als Individuum, aber auch in seiner Berufsrolle, Agent der Veränderung von Beziehungsstrukturen ist. Daraus entsteht in der therapeutischen Gemeinschaft, die die personale und instrumentelle Beziehungsdimension explizit macht, ein Widerspruch, der besondere Formen von Praxis erfordert:

Wie lassen sich Beziehungsformen therapeutisch oder kommunikativ überwinden, die gesamtgesellschaftlich vorgegeben und in der Arbeitsrolle typisiert sind?

Durch Aufgeben der instrumentellen Beziehungsdimension, die nunmehr als Verhaltenskontrolle verstanden wird? ¹

1 Es gibt genügend Beispiele therapeutischer Gruppen, die den Prozeß der Vereinheitlichung dadurch leisten, daß die Arbeitsrollen des Personals aufgelöst wurden zugunsten einer Gemeinschaft der Leidenden (vgl.V.2.)

Durch Aufgaben des therapeutischen Instruments der Gemeinschaft, das nunmehr als nicht realisierbar und illusionär verstanden wird?

Durch Solidarisierung auf theoretischer Ebene im Sinne einer 'Gemeinschaft der Ausgeschlossenen'? ¹

Diese Andeutungen sollen in keinerlei Hinsicht eine Antwort auf die durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft aufgeworfenen Fragen enthalten. Sie zeigen lediglich die Richtung an, in die die praktische Arbeit therapeutischer Gemeinschaften bezüglich der Analyse ihrer institutionellen Situation und der gesellschaftlichen Bedingungen ihrer Existenz vorangetrieben werden müßte. Sie zeigen aber auch die Richtung, in die theoretisch-beschreibende Analysen dieser therapeutisch-kommunikativen Praxis weiterentwickelt werden müßten.

¹ F.Basaglia, 1973

VI. Die therapeutische Gemeinschaft als soziologisches Konzept

Es wurde an anderer Stelle (vgl.Kap.IV) bereits darauf hingewiesen, daß das Konzept 'Therapeutische Gemeinschaft' im Rahmen der vorliegenden Arbeit als prinzipiell ablösbar aus dem sozialen Zusammenhang, in dem es entstand, betrachtet werden soll. Die therapeutische Gemeinschaft wurde weniger als soziotherapeutisches Instrument als ein Vorgang der Reflektion einer Institution über ihre Interaktions- und Kommunikationsbedingungen angesehen. Desweiteren wurde die therapeutische Gemeinschaft - verstanden als Prozeß der Selbsterfahrung - als eigenständiges Konzept der Destabilisierung-Stabilisierung einer Institution beschrieben: Ergebnis von 'Destabilisierung-Stabilisierung' kann eine neue Setzung institutioneller Ziele sein, wobei das Konzept 'therapeutische Gemeinschaft' im vorliegenden Fall Medium ihrer Durchsetzung ist. Der Grund für solche Vorgänge, welche ebenfalls Problematisierung von Rollenerwartungen und Rolleninhalten, wie im Fall der therapeutischen Gemeinschaft, einschließen, liegt in einer von der Institution partiell erkannten und gesamtgesellschaftlich diagnostizierten Dysfunktionalität der Institution.

Im Falle der Institution 'Psychiatrie' bedeutet dies, daß die erklärte Absicht, psychische Störung zu bearbeiten mit dem Ziel, die Abweichung von der Normalität zu beheben (oder: eine Krankheit zu heilen) mit den der Institution zur Verfügung stehenden Mitteln und Methoden nicht mehr erreicht werden kann. In diesem Sinne ist die therapeutische Gemeinschaft tatsächlich eine Antwort auf die Krise der Psychiatrie.¹ Allerdings wird diese 'Antwort' im Rahmen des wissenschaftlich-praktischen Selbstverständnisses der Institution selbst häufig als Konzept der Stabilisierung institutioneller Zielsetzungen und Arbeitsgrundlagen betrachtet; sowie als implizite Sicherung der in der Institution vorfindbaren Rollenvorstellungen. Dieser Gedanke verdient eine weitere Klärung.

¹ Zur ausführlichen Darstellung der Tatsache, daß institutionelle Zielsetzungen im Rahmen der traditionellen Psychiatrie nicht mehr erreicht werden konnten, vgl. P.Runde, op.cit., Kap. 'Die psychische Behinderung im soziologischen Bezugsrahmen', S. 11-20

Wir hatten versucht zu zeigen, daß die 'Krise der Psychiatrie' u.a. auch an dem sich wandelnden Rollenverständnis der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen festzumachen ist: Psychiater und psychiatrisches Pflegepersonal waren an einer Neudefinition der Inhalte ihrer Berufsrollen äußerst interessiert, da alte Rollenvorstellungen sich als obsolet erwiesen hatten bzw. eine zunehmende Erfahrung von Bedeutungslosigkeit und Inhaltsleere (z.B. durch die Psychopharmakologie) der Arbeit einen Motivationsschwund verursachte. Die therapeutische Gemeinschaft als Lösung des Problems 'der anderen 23 Stunden' ist in diesem Sinne dazu geeignet, neuen professionellen Einsatz und Hoffnung auf sichtbaren Erfolg der beruflichen Aktivität zu mobilisieren. Damit ist der Gefährdung institutionellen Selbstverständnisses durch Krisen beruflicher Identität beim Klinikpersonal vorerst begegnet. In einigen Beschreibungen therapeutischer Gemeinschaften werden solche Motive angedeutet. Auch eine Neuformulierung der Patientenrolle im Sinne eines im therapeutischen Prozeß gleichwertigen und gleich-verantwortlichen Partners dient durchaus der Stabilisierung institutioneller Zielsetzungen. Wenn das Ziel der Institution die 'Heilung der Krankheit' ist, so bedeutet der Einsatz eines therapeutischen Konzepts, welches Heilung oder Besserung durch 'Kommunikation' propagiert, nur eine 'Neubestimmung der Mittel, nicht der Ziele' ¹ der Institution. Heilung oder Besserung sind Arbeitsziele auch der traditionellen Psychiatrie - im gleichen Sinne und zum gleichen Zweck werden andere therapeutische Verfahren und die Psychopharmakologie eingesetzt. Die therapeutische Gemeinschaft, als Therapieinstrument, fügt dieser Zielsetzung nur noch die persönlich-individuelle Verantwortlichkeit des Patienten für das Gelingen seines Heilungsprozesses hinzu. Dies trägt ohne Zweifel ebenfalls zur Stabilisierung des Selbstverständnisses der Institution, wenn auch indirekt, bei:

Wenn die therapeutische Gemeinschaft hingegen nicht als therapeutisches Instrument in den Händen der Funktionsträger der Klinik (mit je nach Arbeitskonzeption wechselnder Beteiligung der Patienten) betrachtet wird, sondern als Beziehungsstruktur rückbezogen wird auf die Institution, in welcher sie entstand, so dient dieser Vorgang nicht mehr unbedingt der Stabilisierung institutioneller Zusammenhänge. Wenn die therapeutische Gemeinschaft als 'Antwort auf die Krise der Psychiatrie' in dem Sinne verstanden wird, daß Gründe für die Dysfunktionalität der Institution kollektiv (unter ausdrücklichem Einschluß der Betroffenen selbst) analysiert werden sollen, so ist denkbar, daß die Institution als Ergebnis dieses Prozesses einen partiellen oder

vollständigen Umbau von Arbeitsmethodik, Rollendefinitionen und Zielsetzungen vornehmen muß.¹

In jedem Fall handelt es sich, unter diesem Gesichtspunkt, um einen Vorgang der De-Institutionalisierung; Ansätze dazu sind im Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ausdrücklich enthalten: Man denke an die 'Aufhebung der Klinikhierarchien' und damit institutionell gesicherter Autorität; an die 'Aufhebung des custodialen Prinzips' und damit des institutionellen Ziels des absoluten Schutzes der gesunden Umwelt vor der Personenkategorie der psychisch Gestörten, etc. Bereits die prinzipielle Bereitschaft, mit einer per institutioneller Zuschreibung als 'unverständlich' deklarierten Personengruppe zu kommunizieren, bedeutet eine partielle Neuformulierung institutioneller Zielsetzungen.

Die therapeutische Gemeinschaft als experimentelle Situation zur Erforschung ihrer eigenen - gestörten - Kommunikationsbedingungen sieht sich zunächst vor das Problem gestellt, daß die Bedingungen der Störung von Kommunikation institutionell festgeschrieben sind. Zur Kommunikation fähig sind nur die 'gesunden' Mitglieder der Gemeinschaft, während die Gruppe der Patienten aus Gründen der inneren Logik und Glaubwürdigkeit des psychiatrischen Handlungssystems nicht kommunikationsfähig sein darf. Gerade diese selbstverständliche Unterstellung wird durch das Prinzip therapeutischer Gemeinschaften, Kommunikation zwischen den verschiedenen Personengruppen der Klinik zu ermöglichen, relativiert. Damit werden institutionelle Vorgegebenheiten - z.B. die Tatsache der Hospitalisierung des Patienten - übersprungen. In welcher Form und in welchem Grad von 'Gestörtheit' diese Kommunikationen letztlich verlaufen, hat in diesem Zusammenhang keine Bedeutung: Es soll nur ausgedrückt werden, daß das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft die Forderung mit einschließt, sich bewußt in systematisch gestörte Kommunikationsformen hineinzugeben, mit der Absicht, von ihnen zu profitieren.

¹ Dieser Vorgang spielt sich z.Zt. in psychiatrischen Großkrankenhäusern Ober- und Mittelitaliens ab, in denen F.Basaglia und seine Mitarbeiter nach modifizierten Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft arbeiten.

ren. Diese bewußte Absicht kann zwei Motive haben:

- entweder es gilt die Annahme, daß die Personenkategorie der psychisch Gestörten (Patienten) im Prinzip oder unter den vorgegebenen Bedingungen kommunikationsfähig ist (also nicht krank)
- oder es wird unter der Annahme, daß diese Personenkategorie psychisch gestört sei (also krank), ein Kommunikationsversuch unternommen, der sowohl für die gestörte wie für die nicht-gestörte Mitgliedergruppe einen Gewinn bringt; und der eine prinzipielle Verständigung beider Personengruppen nicht ausschließt.

Therapeutische Gemeinschaften als experimentelle soziale Situationen haben also die Aufgabe, zu untersuchen, ob unter der Voraussetzung gestörter Kommunikation Verständigung möglich ist; und welche Formen diese Verständigung annehmen muß, damit sie von allen beteiligten Interaktionspartnern sinnvoll zum Austausch kognitiver und emotionaler Informationen genutzt werden kann. Mit der Bereitschaft, eine Verständigungsmöglichkeit prinzipiell vorauszusetzen, wird, wie bereits erwähnt, eine Neuformulierung institutioneller Zielsetzungen vorgenommen - aber darüber hinaus wird auch der Versuch unternommen, gängige Vorstellungen von Beziehungen zwischen 'gestörten' und 'nicht-gestörten' Individuen zu revidieren bzw. innovative Verhaltens- und Kommunikationsmuster kompromißhaft auszuhandeln. Auch das notwendige Maß an Toleranz abweichendem Verhalten gegenüber, das zur Verständigung bereitgestellt oder neu entwickelt werden muß, kann an solchen Situationen experimentell erprobt werden.

Die therapeutische Gemeinschaft ist also, in diesem Sinne, ein von der Institution selbst entwickeltes Konzept der De-Institutionalisierung. Vorgänge der De-Institutionalisierung lassen sich, wie wir versuchten zu zeigen, an der parallelen Existenz zweier Beziehungsebenen festmachen, welche miteinander in Konflikt stehen. Der - erkannte oder unerkannte - Konflikt kann nun auf verschiedene Weise von den Beteiligten solcher Prozesse bearbeitet werden. Auch dies ließ sich am Beispiel der therapeutischen Gemeinschaft darstellen. Die Widersprüchlichkeit der Tatsache, daß außer den erstrebten neuen Kommunikationsformen

und -inhalten noch andere soziale Fakten, die mit der Institution selbst in Beziehung stehen, Verhalten und Interaktion beeinflussen, verleitet die beteiligten Personengruppen, besonders aber die 'Theoretiker' und 'Aktivisten' solcher Prozesse dazu, jeweils die eine oder andere Seite des Widerspruchs einzunehmen und damit der Widersprüchlichkeit schlechthin zu entkommen. Im Falle der therapeutischen Gemeinschaft wird entweder die Tatsache geleugnet, daß Beziehungen weiter bestehen, wie sie in der traditionellen Klinik beherrschend waren - oder aber es wird das Moment von Innovation, welches durch die Veränderung von Beziehungsstrukturen intendiert war, auf schwer durchschaubare Weise durch den Einsatz früherer Über-Unterordnungsverhältnisse aus dem sozialen Zusammenhang herausgenommen; auch wenn verbal und theoretisch der Wunsch nach Veränderung weiter besteht. Welche Konsequenzen solche 'Ausweichmanöver' für die am Prozeß beteiligten, unterschiedlich kompetenten Personengruppen haben können, konnte ebenfalls anhand der systematischen Beschreibung therapeutischer Gemeinschaften gezeigt werden: Diejenigen Personengruppen, deren unterprivilegierter Status gerade aufgewertet werden sollte, trugen die Hauptlast am aktuellen oder definitiven Scheitern halbherzig begonnener und durchgeführter Veränderungsvorhaben. Wenn man von der durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft vorrangig angezielten Klinikhierarchie ausgeht, so behielten die Statusträger der Klinik ihre Stellung relativ unverändert bei, auch wenn immer wieder betont wird, daß gerade sie aus der Situation gelernt hätten. J.Foudraine: 'Ist etwas dabei herausgekommen? Für mich gewiß. Ich habe viel daraus gelernt'.¹ Für diejenigen Personengruppen aber, die in traditionellen Abhängigkeitsverhältnissen bereits vor der Etablierung des Reformkonzepts gestanden hatten, änderte sich an der hierarchischen Position wenig. Eine wirkliche Egalität der Positionen, selbst Multi-Polarität therapeutischer Aktivität, also eine Form der Selbstorganisation übereinstimmender Bedürfnisse und Zielsetzungen, konnte in keinem der beschriebenen Fälle erreicht werden.

In keinem der beschriebenen Fälle wurde aber auch der Konflikt, den eine experimentelle soziale Situation, wie sie durch die

1 J.Foudraine, a.a.O., 289

Einführung der therapeutischen Gemeinschaft geschaffen wird, hervorrufen muß, ausdrücklich wahrgenommen und zum Thema gemacht. Der Konflikt aber, der immer dann aufbricht, wenn eingefahrene soziale Beziehungen in Bewegung geraten, oder in Bewegung gesetzt werden, ist genau jener Widerspruch zwischen einer personal geprägten Beziehungsdimension und einer Ebene, welche noch die alten Strukturen aufweist, die zu verändern die 'experimentelle Situation' angetreten ist. Vorschnelle, Solidarisierungen, eine bestimmte Form von Gleichmacherei, systematisches Mißverstehen in Beziehungssituationen treten an die Stelle der realistischen Einschätzung tatsächlich vorhandener (und auch funktionaler) Differenzierungen - auch und gerade in Form von sozialer Ungleichheit. Aus diesem Grunde ist die Anerkennung von Verschiedenheit die Voraussetzung für das angestrebte Ziel möglicher Gleichheit. Therapeutische Gemeinschaften, die diese Einschätzung nicht leisten und systematisch bearbeiten können, geraten entweder in utopische Freiräume, die nur kurzfristig zu garantieren sind; oder in eine gleichfalls 'von Gesellschaftlichem freie' technische Bewältigungsideologie des 'social engineering' oder Interaktions-Managements.

Wenn nun der Versuch unternommen wird, das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft von der Institution abzulösen, so wurde dieser Gedanke bereits von M.Jones in Weiterentwicklung seines Konzepts verschiedentlich ausgesprochen. Jones machte die Feststellung, daß die psychiatrische Klinik: 'has ceased to be the only important place for the treatment of mental illness' (s.110).¹ So wie er das therapeutische Potential der Klinikgemeinschaft durch einen Prozeß des 'social learning' in der therapeutischen Gemeinschaft ausschöpfen will, schlägt er vor, das therapeutische Potential der Gemeinde zu aktivieren. Die Darstellung seines seit fünf Jahren praktizierten Programms der 'therapeutic community in the community' umfaßt eine weitgespannte dezentrale Organisation, in der die psychiatrische Klinik nur noch als unumgängliche Endstation ihre Funktion hat. Ein Hauptakzent liegt auf dem Versuch, durch frühe Intervention die Entwicklung und Stabilisierung des Patienten-Status zu verhindern: '... it was desirable for people to seek and to receive help without having to 'become ill' (s.121'. Wichtig sei es, einzugreifen, 'when he -----

1 M.Jones, Beyond the Therapeutic Community, London 1968

is still a 'person' and not yet a 'patient' (ebd.)'. Damit ist das Konzept Maxwell Jones' weitgehend mit der Auflösung der Patienten-Rolle befaßt. Darüber hinaus schlägt er vor, das psychiatrische Krankenhaus nicht mehr als 'Klinik' zu betrachten: 'Indeed, the word 'hospital' with its implications of sickness, passive-dependent patients, and loss of individuality is inappropriate for psychiatric practice' (s.137). Und schließlich will Jones die psychiatrische Behandlung als solche abschaffen: 'It seems to me that much treatment in psychiatry could just as well be called social learning' (s.142). Es scheint also berechtigt zu sein, von einem Prozeß der De-Institutionalisierung zu sprechen, an deren Beginn das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft steht: Jones bemüht sich sowohl um eine Neuformulierung der Berufsrollen der in der Institution tätigen Personen wie um eine buchstäbliche Abschaffung der Patienten-Rolle im Rahmen der Behandlung psychischer Störung. Aber auch die Institution als den sozialen Ort, der den psychisch Gestörten im Sozialverkehr zugeordnet wird, will Jones räumlich und psychologisch tendenziell in einem größeren Zusammenhang auflösen. Wenn Jones auch darauf besteht, daß Beziehungen zwischen 'Therapeut' und 'Patient' weiterhin als 'therapeutische Beziehung' sich von nicht weiter charakterisierten sozialen Beziehungen qualitativ unterscheiden sollen (s.140), so nimmt diese Beziehung nicht mehr als einen relativ privilegierten Platz in einem Netz sozialer Interaktionen ein, welche die 'Gemeinschaft' außerhalb der Klinik ihren Mitgliedern bereitstellt. Wenn man Jones' Gedanken weiterführt, so wäre die psychiatrische Klinik, wenn nicht aufzulösen, so doch zu ersetzen durch ein vom Stigma der psychischen Störung befreites Asyl: 'People who are unable to cope with the stress of ordinary life should be allowed to find asylum of a temporary kind, where with understanding, support and psycho-therapeutic treatment they may be rehabilitated back to the world outside' (s.137).

In diesem Sinne hat das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, selbst verstanden als rein therapietechnische Innovation, eine Reflektion über die Neuformulierung institutioneller Zielsetzungen und darüber hinaus über die Auflösung der Institution bewirkt, bzw. erwies sich als Ausdruck dieser Tendenz. Die Rückführung des Patienten in die Gemeinde, die Ersetzung von 'Behandlung' durch

den generalisierenden Begriff des 'social learning' machen bestimmte, an anderer Stelle dargestellte Prozesse der Ausgrenzung psychisch Gestörter aus allen sozialen Zusammenhängen (vgl. Kap. II) tendenziell rückgängig. Dieser mit Einstellungsänderungen verbundene und durch Verhaltensänderungen mühsam zu erlernende Vorgang der Rückführung psychisch gestörter Personengruppen in die 'Gesellschaft' müßte einer eingehenden sozialhistorischen und gesellschaftspolitischen Analyse unterzogen werden; an dieser Stelle soll nur festgehalten werden, daß die therapeutische Gemeinschaft ein inner-institutionelles Mittel zur Durchsetzung dieser Veränderungsabsicht ist, welches über die Institution hinaus wirksam und anwendbar ist.

Bei J. Foudraine werden ebenfalls Gedanken zur Auflösung der psychiatrischen Institution geäußert: 'Die psychiatrische Anstalt in ihrer heutigen Form ist eine unhaltbare Organisation. Sie ist ein Anachronismus' ¹. Foudraine schlägt vor, sich der primären Prävention und der Gemeindepsychiatrie zuzuwenden:

Jedenfalls erscheint mir die Fortdauer der Situation, in der sich die heutige psychiatrische Anstalt befindet, als eine sehr unglückselige Vergeudung von Geld und aufgewandter Energie. Das Geld, das in diese Einrichtung gesteckt wird, sollte lieber primär präventiven Instituten zufließen. Die psychiatrische Anstalt wird sich dann auf die humane Aufnahme und Betreuung organisch Gestörter beschränken. (s.363)

Indessen kommt auch Foudraine mit seinen Überlegungen an einen Punkt, über den hinaus Veränderungen nicht mehr denkbar sind. Er beschäftigt sich mit der Frage, wie und in welcher Form soziale Kontrolle, welche durch die schlichte Existenz der psychiatrischen Klinik ausgeübt werden konnte (vgl. auch Elias, Kap. II), zu ersetzen wäre. Auch E. Goffman hat diese Frage des öfteren gestellt ...: ² 'Nor in citing the limitations of the service model I do mean to claim that I can suggest some better way of handling persons called mental patients. Mental hospitals are not found in our society, because supervisors, psychiatrists, and attendants want jobs; mental hospitals are found because there -----

1 J. Foudraine, a.o.O., 362

2 vgl. auch E. Goffman, The Insanity of Place, in: Psychiatry 32/69 und den Aufsatz: 'Paranoia and the Dynamics of exclusion, in: E.M. Lemert; Human Deviance, Social Problems and Social Control, New York 1967

is a market for them. If all the mental hospitals in a given region were emptied and closed down today, tomorrow relatives, police and judges would raise a clamour for new ones; and these true clients of the mental hospital would demand an institution to satisfy their needs' ¹.

P.Runde kommt in seinen abschließenden Überlegungen zur Funktion der Sozialpsychiatrie zu folgendem Schluß:

Die Dokumentation der Kommunikations- und Interaktionsprozesse in der Klinik, die Beschreibung der sozialen Beziehungen und der auftretenden Probleme, die realistische Ermittlung der verhaltensstrukturierenden Sinnzusammenhänge könnten Auskunft über die Frage geben, welche institutionalisierten Formen und Sinnstrukturen sozialen Verhaltens aufhebbar sind bzw. welche Sinnstrukturen aufgelöst werden müssen, um dauerhaft psychisch Behinderten die Chance zu vermitteln, Restbestände von Lebensmöglichkeiten zu entwickeln (s.118).

Wenn Runde gleichzeitig die institutionellen Gegebenheiten als 'repräsentativ für soziokulturell institutionalisierte Sinnstrukturen' (s.119) bezeichnet, so wird klar, daß salopp formuliert, nur die Institution selbst ihre eigene Auflösung beschließen kann bzw. die Bedingungen ermitteln kann, unter denen Prozesse institutionellen Wandels möglich und durchführbar werden. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ist ein solcher Versuch, welcher jedoch, wie wir nachweisen wollten, leicht in die Gefahr gerät, über der scheinhaften Auflösung, also Leugnung, von Funktionen innerhalb eines institutionellen Zusammenhangs zur unrealistischen Einschätzung der sozialen Wirklichkeit (welche als das 'Außen' gedacht wird) zu kommen: Institutionelle Gegebenheiten sind repräsentativ für die von der Gesamtgesellschaft vorgeschlagenen und getragenen Bewältigungsformen sozialer Problematiken. In diesem Sinne ist die Institution 'Psychiatrie' repräsentativ für die gesamtgesellschaftliche Behandlung des Problems einer bestimmten Form abweichenden Verhaltens. P.Runde bezeichnet die Tatsache der Ausgliederung und Institutionalisierung der Personengruppen, welche Träger dieses abweichenden Verhaltens sind, als eine 'Folge soziokulturell bedingter Diskriminierungen (...), die sich lediglich in persönlichen Vorurteilen objektiviert haben' ². Die parallele Existenz bzw. Identität institutionellen Handelns mit persönlich-

1 E.Goffman, op.cit., 334

2 P.Runde, a.a.O., 118

subjektiven Einstellungen macht die Veränderung von 'Institutionen' allein zur Unmöglichkeit.

Prozesse der De-Institutionalisierung allerdings sind - sofern sie, wie im Fall der therapeutischen Gemeinschaft, im Rahmen der Institution selbst stattfinden und sich reflexiv auf die zu verändernde Struktur der Institution beziehen - ebenfalls repräsentativ für teil- oder gesamtgesellschaftlich getragene Änderungsabsichten. Die Konfrontation zweier Beziehungsebenen in sozialen Gebilden, die der De-Institutionalisierung dienen, ist ein beschreibbares Abbild dieser gegensätzlichen, einander im Prinzip fast ausschließenden Tendenzen. Während die Ebene institutioneller Vorstrukturierungen die beharrende und sichernde Tendenz der Institution darstellt, vermittelt die Ebene institutionsfreier Kommunikation neben den verschiedensten Formen persönlicher Beziehung, die nicht der Vermittlung der Institution bedürfen, eben auch jene Innovationen in Interaktion und Verhalten, welche im Fall der Begegnung mit psychisch gestörten Personen (Patienten) dann 'größere Toleranz', 'Abbau von Vorurteilen', 'Verringerung der sozialen Distanz' oder 'Gewährleistung von sozialer Teilhabe' heißen würden. Die Konfrontation zweier Beziehungsebenen in sozialen Gebilden, welche der De-Institutionalisierung dienen, ist also ein beschreibbares Abbild eines sozialen Konflikts; welcher aber nur dann als solcher auch stellvertretend in der Institution ausgetragen werden kann, wenn beide Ebenen der Beziehung erkannt und anerkannt werden.

Mit der institutionellen Ebene der Beziehung spielt historische und soziale Kontinuität in Prozesse der De-Institutionalisierung hinein: Innovationen, die dieser Tatsache nicht Rechnung tragen können, übersehen damit das Prozeßhafte auch der Innovation und machen sich deswegen von 'Gesellschaftlichem' oft scheinbar unabhängig: Eine hic-et-nunc-Befreiung von sozialen Zwängen ist als kindlicher Traum von Allmacht in jedem von uns zu aktivieren und findet deswegen leicht ihre begeisterten Anhänger besonders in den 'geschlossenen Abteilungen' der Gesellschaft.

Mit der 'personal' genannten Beziehungsebene kommen jene Momente in Prozesse der De-Institutionalisierung hinein, welche im kom-

promißhaften Aushandeln der aktuellen Situation, in der von Reflexion überhöhten Interaktion gesellschaftlich-bewußter Individuen tatsächliche momenthafte Befreiungen von Zwängen zu leisten vermögen. Der Kompromiß würde dann darin bestehen, die auf einem historischen Kontinuum angelegte Möglichkeit von größerer Freiheit (z.B. 'Vorurteilsfreiheit') mit institutionell festgelegtem formalisierten Verhalten in Einklang zu bringen, bzw. beides transparent zu machen.

Transparenz soll heißen, daß die Existenz beider Beziehungsebenen nicht nur erkannt und anerkannt, sondern auch ausdrücklich - mit jeweils wechselnder Gewichtung und Akzentsetzung, welche der Interaktionssituation zu entnehmen ist bzw. ausgehandelt werden kann - in der Interaktion zum Ausdruck kommen muß. Um schließlich auf das Beispiel der therapeutischen Gemeinschaft zurückzukommen: Eine Gemeinschaft, welche wirklich 'heilend' zu sein beabsichtigt und dies nicht nur vorgibt, muß funktionale Unterscheidungen, also vornehmlich statusmäßige und in weiterem Sinne soziale Differenzierungen zwischen den einzelnen, in der Gemeinschaft interagierenden Gruppen, durchsetzen; ebenso wie Rollen nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden sollen, einschließlich der mit ihnen verbundenen realen institutionellen und trans-institutionellen Macht und Entscheidungskompetenz. Jedoch darf sich die Kommunikation nicht in diesen formalen Beziehungsverhältnissen erschöpfen; Relativierungen von Rollen und der damit beschriebenen und vorgeschriebenen formalisierten Beziehungen zwischen Ungleichen müssen auf der parallelen Ebene geleistet werden. Jedoch bedeutet Relativierung nicht etwa, daß 'private' Beziehungen die institutionelle Dimension außer Kraft setzen können. Die personale Beziehungsdimension als analytisch-beschreibende Kategorie ist nicht zu verwechseln mit einer 'Privatbeziehung': Diese repräsentiert nur einen Teil der im personalen Beziehungssystem möglichen Kommunikationsformen. So kann eine 'Privatbeziehung' bei unveränderter institutioneller Beziehung durchaus positive persönliche Erfahrungen vermitteln, ohne deswegen die institutionelle Ebene transparent zu machen.¹ Während ein einseitiges

1 Durch räumliche Trennung der Privatsphäre von der öffentlichen Sphäre können private Beziehungsformen und -modi aus dem institutionellen Beziehungssystem herausgehalten werden; bzw. private Beziehungen und deren Interaktionsergebnisse können in den institutionellen Raum nicht überführt werden (Beispiele: Betriebsausflug, Betriebsstammtisch etc.)

Agieren auf der personalen Ebene (vgl.Kap.V.2.) genau jene Privatbeziehungen generalisiert und punktuelle persönliche Erfahrungen universalisiert, ist die personale Beziehungsdimension, wenn sie sich als Relativierung institutioneller Beziehungen versteht, notwendiges Korrektiv gewachsener und verselbständigter institutioneller Verfestigung, welche - wie das Beispiel der therapeutischen Gemeinschaft zeigt - dysfunktional selbst für institutionell gesetzte Handlungsziele sein kann. Für therapeutische Gemeinschaften, in der Beziehungen zu einer Personengruppe, welche als kommunikationsunfähig gilt, aufgenommen werden sollen, ist der Wert der personalen Beziehungsdimension unmittelbar einsichtig. Die personale Beziehungsdimension stellt in diesem Sinne, wenn sie neben der institutionellen Ebene etabliert wird, eine Erweiterung von Beziehungsmöglichkeiten dar, welche vor allem kommunikationsarme, formalisierte Arbeitsbeziehungen um das Repertoire der jeweiligen personalen Identitätsperformanz der Interaktionspartner bereichert.

Eine Thematisierung beider Ebenen in der Interaktion erfordert eine beträchtliche Ambiguitätstoleranz und eine persönliche Sicherheit, die sich nicht an Rollen bindet. Die in der Arbeitsrolle angelegten Verhaltensstrukturierungen partiell aufzugeben, ohne sich in einem überdimensionierten und unzulässig ausgedehnten Mur-Privatbereich zu verlieren, wäre die heilende Kommunikation in einer Gemeinschaft, die sich selbst heilen will. 'Therapeutisch' hieße dann nichts weiter, als die tatsächlich bestehenden Beziehungen als einzig reale zu propagieren und dabei frei von Ideologie (Absolutsetzen der institutionellen Beziehungsdimension), aber auch frei von Idealisierung (Verabsolutierung der personalen Beziehungsdimension) zu bleiben - wobei die hierbei unvermeidlich auftretende Widersprüchlichkeit eben jenes Abbild des Konflikts ist, deren Träger die therapeutische Gemeinschaft als Konzept der De-Institutionalisierung ist. Die Dialektik zwischen Festhalten und Loslassen zu leben, kann kein therapeutischer Schonraum und kein pathologischer Rückzug 'im Dienste des Ich' Individuen ersparen, welche sich von psychischer Störung, welchen Grades auch immer, befreien wollen.

Das heilende Milieu konstatiert Widersprüche und stellt Techniken bereit, wie diese Widersprüche zu leben seien - in diesem Sinne enthält das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft keinerlei an die Institution gebundene Anwendungsbedingungen und läßt sich - wie Weiterentwicklungen des Konzepts von den Initiatoren selbst beweisen - auf andere gesellschaftliche Bereiche übertragen. Eine Diskussion dieser Möglichkeiten soll im folgenden vorgenommen werden.

VII. Zur Frage der Übertragbarkeit des Konzepts
'Therapeutische Gemeinschaft' auf andere
Institutionen

Abschließende Überlegungen

Die vorgetragene Hypothese von der Existenz bzw. Gleichzeitigkeit zweier Beziehungssysteme in Prozessen institutionellen Wandels - welche durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft sowohl initiiert wie ausgedrückt werden - wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Systematisierungsgrundlage zur Beschreibung und Darstellung therapeutischer Gemeinschaften begriffen. Erst nach der Klärung der Frage einer möglichen Operationalisierbarkeit der vorgetragenen Hypothesen kann die gewählte soziologische Strukturierung mehr sein als Beschreibungsgrundlage. Jedoch knüpfen sich an die von dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen eine Fülle von Fragen, die - zugegebenermaßen spekulativ - weiterführende Überlegungen anregen. So daß es lohnend scheint, den von der Arbeit selbst gesetzten Rahmen ein wenig zu überschreiten. Mit J.Siegrist bin ich der Meinung, daß 'theoretische Reflexion mangelhaft fundierter Tatbestände (...) eine mindestens ebenso wichtige und schwierige Aufgabe wie deren empirische Erfassung'¹ ist.

Zum ersten bietet sich die Überlegung an, ob Konzepte wie das der therapeutischen Gemeinschaft sich auf andere institutionell verfestigte Beziehungsverhältnisse übertragen lassen, mit der Intention, einen Wandel dieser Beziehungsverhältnisse einzuleiten und/oder auszudrücken. Wenn man, unter Benutzung von Goffmans Kategorie, die von ihm als 'total institution' beschriebenen gesellschaftlichen Einrichtungen betrachtet, so wäre die Frage zu stellen, ob in den von Goffman genannten Institutionen: Gefängnissen, militärischen Ausbildungsinstituten, Klöstern und Internaten ebenfalls Prozesse institutionellen Wandels durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft einzuleiten wären. Zunächst müßte, wie an anderer Stelle bereits erwähnt, eine grundsätzliche Reformbereitschaft der betreffenden Institution zu erwarten sein. Reformbereitschaft wiederum etabliert sich nur unter starkem gesellschaftlichen Druck auf die Institution, ihre Handlungsziele neu zu formulieren. In der Übersicht ist diese soziale Situation am eindeutigsten für das Gefängnis gegeben.

1 J.Siegrist, Das Consensus-Modell, Stuttgart 1970, 4

Ohne empirisches Material vorlegen zu können, darf behauptet werden, daß die Institution 'Gefängnis' starkem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt ist, da sie ihr selbst gesetztes Handlungsziel, abweichende Individuen zu 'resozialisieren', statistisch belegbar nicht erreicht (80 - 90 % der Gefängnis-Insassen sind Rückfalltäter). Die Absicht, das Gefängnis zum 'therapeutischen Milieu' umzugestalten, ist in wenigen Modell-einrichtungen annähernd realisiert. Konzepte wie das der therapeutischen Gemeinschaft wären also durchaus auf das Gefängnis als 'totale Institution' versuchsweise zu übertragen. Von der Arbeitsbeziehung des Gefängnispersonals bis zur Situation der Insassen sind die kommunikativen Bedingungen eines Gefängnisses ohne weiteres mit denen einer psychiatrischen Klinik zu vergleichen. Zwischen der Gruppe des Personals und der der Insassen besteht eine Kommunikationsbarriere, auch wenn informelle Beziehungen bestehen, welche jedoch nicht als personale Beziehungsdimension explizit und systematisch genutzt werden. Vermutlich ist die institutionell-funktionale Beziehungsebene die einzig in der Institution anerkannte; hierarchische Strukturen bestehen unhinterfragt; Arbeitsobjekte sind die Gefangenen. Die soziale Isolation der Institution selbst ist durch äußere Symbole verdeutlicht: Gefängnisse liegen, wie psychiatrische Kliniken, weit außerhalb der Gemeinde und vermeiden Austauschbeziehungen mit den umgebenden Sozialsystemen. Die therapeutische Gemeinschaft als Konzept des institutionellen Wandels würde eine ausdrückliche Neuformulierung institutioneller Zielsetzungen voraussetzen; es ist bezeichnend, daß solche Konzepte in Strafanstalten bisher noch keinen Boden gewinnen konnten, noch daß etwa ähnlich gerichtete Überlegungen von der Institution selbst kaum ausgegangen sind. Vermutlich wäre eine ebenso eingehende Analyse der kommunikativen Bedingungen in Gefängnissen als Vorbereitung solcher Prozesse der De-Institutionalisierung notwendig, wie dies über Jahrzehnte in der psychiatrischen Institution geschah.

Vorgänge institutionellen Wandels in Klöstern wären eigens zu untersuchen und sicherlich hochinteressante empirische oder theoretische Objekte. Ohne genaue Kenntnis der institutionellen

und personalen Bedingungen von Kloster-'Insassen' kann an dieser Stelle wenig über die Möglichkeit institutionellen Wandels in Klöstern ausgesagt werden. Es besteht allerdings die Vermutung, daß das Kloster selbst eher nach dem Modell der 'therapeutischen Gemeinschaft' bereits strukturiert ist als, wie Goffman meinte, nach dem der 'total institution'. Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft wie die Öffnung der Türen sind in Klöstern von vorneherein gegeben. Wie es allerdings mit der Analyse täglicher Probleme in Gruppenkontext steht, wäre zu überprüfen. Eine Problematisierung von Rollen, und Rollenerwartungen an die Kloster-Bewohner, könnte durchaus zur institutionellen Zielsetzung der Institution werden, wenn sie sich als Teil des gesellschaftlichen Ganzen und nicht als 'gesellschaftsfreier Raum' im Sinne des Rückzugs aus allen anderen sozialen Rollen und normativen Erwartungen versteht. Die 'Rückführung' des Klosters in die Gesellschaft - im Sinne von Zugänglichkeit der Institution auch für religiös nicht gebundene Individuen - wäre durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, angewandt auf das Kloster, durchaus zu leisten. Hier böte sich dem Religionssoziologen wie dem religiös engagierten Sozialwissenschaftler ein Arbeitsbereich an, der aus vielen aktuellen gesellschaftspolitischen Gründen bearbeitet werden sollte.

Noch geringer als die Information über Klöster sind die empirischen Voraussetzungen zur Beurteilung von militärischer Einrichtungen und Internaten. Es scheint jedoch so, als wäre das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft auf alle diese Einrichtungen in bestimmter Weise zu übertragen, um erwünschte Vorgänge des Wandels zu initiieren. Prinzipiell scheint mir, daß der Prozeß der Selbstreflektion einer Institution über ihre eigenen Kommunikationsbedingungen notwendiger Bestandteil von Institutionen in sich rasch wandelnden Gesellschaften sein sollte. Nicht immer müssen solche Prozesse tendenziell die Auflösung der Institution einleiten; ebenso gut können sie der Stabilisierung in dem Sinne dienen, daß Handlungsziele kollektiv überprüft werden; und die Ergebnisse dieser Überprüfung gesamtgesellschaftlich weiterbearbeitet werden. Gerade im Falle des Gefängnisses, des Klosters wäre ein solcher Vorgang nützlich. Es ist zweifellos

ein Verdienst der Psychiatrie, sich einer Gefährdung unbestimmten Ausmaßes ausgesetzt zu haben, um zu einer veränderten Sichtweise des Problems der psychischen Störung zu gelangen, und im Verlauf dieser Selbstbeobachtung institutioneller Bedingungen ein Konzept wie das der therapeutischen Gemeinschaft entwickeln zu können.

Am Endpunkt dieser Überlegungen sei noch auf die Fehler verwiesen, die die vorliegende Arbeit nicht vermeiden konnte. Zielsetzung war, vor allem anderen, eine Herauslösung eines (therapeutischen) Konzepts aus seinem institutionellen und wissenschaftsspezifischen Bearbeitungskontext. Die therapeutische Gemeinschaft sollte nicht als 'Therapie', sondern als Strukturanalyse einer Institution beschrieben werden. Dies geschah anhand der vorliegenden Literatur über therapeutische Gemeinschaften. Nicht alle Beschreibungen therapeutischer Gemeinschaften konnten erfaßt werden; eine Fülle von hochinteressanten Problemen, welche von den Initiatoren angedeutet, auch ausgeführt wurden, fielen der Beschreibungssystematik zum Opfer. Im psychiatriespezifischen Bezugsrahmen selbst entwickelte und weitergeführte Konzepte wie die therapeutischen Gemeinschaften in der Nachfolge Basaglias, welche den institutionellen Wandel weitgehend 'institutionalisiert' haben, mußten zugunsten einer späteren kritischen Bearbeitung zurückgestellt werden, obwohl gerade diese die sozial-psychologische Problematik therapeutischer Gemeinschaften, die Spannung zwischen der personalen und der institutionellen Beziehungsdimension, am deutlichsten erkannt und am konsequentesten theoretisch vertreten und praktisch umgesetzt haben.¹

Eine Anbindung des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft an soziologische Teildiskussionen wie der 'Soziologie der Institutionen' konnte nicht geleistet werden; ebenso fehlt eine Auseinandersetzung mit dem interaktionistischen Ansatz, dem die hier entwickelten Hypothesen wesentliches verdanken.

1 vgl.dazu ergänzend: A.Pirella (Hg.), Sozialisation der Ausgeschlossenen, Hamburg 1975

Vorrangige Intention der Arbeit war jedoch, einige Vorschläge zu formulieren, wie die therapeutische Gemeinschaft mit soziologischem Denken und soziologischem Begriffsinventar zu erfassen sei. Diese soziologische Beschäftigung mit dem Gegenstand kann aber möglicherweise verhindern, was allem Anschein nach in der Institution, die dieses Konzept entwickelte, langfristig geschehen wird: Daß die therapeutische Gemeinschaft, selbst als Therapiekonzeption, in Vergessenheit gerät bzw. sich als undurchführbar erweist, weil wesentliche soziale Überlegungen zur Situation der Patienten, zur Arbeits- und Berufsrolle des therapeutischen Personals und zur Beziehung beider Gruppen zueinander im Rahmen der Psychiatrie nicht angestellt werden können. Die 'Unkontrollierbarkeit' des sozialen Milieus, die mangelnde Möglichkeit der Überprüfung therapeutischer Erfolge im Rahmen dieses Konzepts lassen die Anwendung als mühsam, manchmal gefährlich, im besten Falle als wirkungslos erscheinen, und schieben individuelle Beeinflussungsmöglichkeiten des Patienten in den Vordergrund des therapeutischen Interesses. Eine fundierte weitere Bearbeitung des sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodells, wie sie von Soziologie, Sozialpsychologie und z.T. auch von der Psychiatrie selbst in interdisziplinärer Anstrengung unternommen wird, könnte die im Konzept der therapeutischen Gemeinschaften auftretenden 'sozialen Variablen' durchschaubarer machen, und gleichzeitig die gesamtgesellschaftliche Funktion der Psychiatrie weiter klären, so daß 'the therapeutic community in the community' (Jones) als mögliche Perspektive auch der (veränderten) Institution selbst erscheint.

Aufgabe der therapeutischen Gemeinschaft und ihrer theoretisch-sozialwissenschaftlichen Durchdringung wäre es dann, die Bedingungen experimentell zu ermitteln sowie systematisch zu beschreiben, unter denen psychisch gestörte Individuen in einer sich selbst als heilend verstehenden sozialen Umgebung Restbestände ihrer sozialen Existenz verwirklichen könnten. Darüber hinaus könnten diese Individuen, wenn sie vom Stigma weitgehend entlastet werden, ihre 'störenden' Verhaltensweisen als korrektive Innovation zu jenen formalisierten, dem Arbeitsmodell nach-

gebildeten Sozialbeziehungen verstehen und einsetzen, welche personale Elemente aus der Kommunikation weitgehend ausgeklammert haben. Eine zwischenmenschliche Erprobung solcher Verhaltensweisen einschließlich der Ermittlung von Normen, welche zur Disposition gestellt werden könnten sowie die Einübung größerer Toleranz abweichendem Verhalten gegenüber kann nur in einer von normativen Erwartungen weitgehend befreiten Umgebung stattfinden: Therapeutische Gemeinschaften, welche für alle jene, die am 'social learning' interessiert sind, zugänglich sein müßten, bieten diese Möglichkeit, und sie haben den Charakter eines sozialen Experiments, eines 'pretest' für gesamtgesellschaftlich zu vollziehenden Einstellungsänderungen gegenüber psychisch gestörten Personen. Die Konfrontation der 'Normalen' und Arbeitsfähigen mit den 'Abweichenden' findet in der Institution Psychiatrie bereits seit ihrer Gründung statt; die therapeutische Gemeinschaft hat nur das Bewußtsein darüber geschaffen und dieses Bewußtsein als Erfahrung nicht-geteilter Wirklichkeiten therapeutisch nutzbar gemacht. Solche Lernprozesse zu ermöglichen, zu beschreiben und weiterzugeben, sollte von der Psychiatrie im Rahmen der 'Resozialisierung' psychisch Gestörter als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Die therapeutische Gemeinschaft hat damit explizit gemacht und zum Konzept erhoben, was einzig Resozialisierung bedeuten kann: die Grenze zwischen der psychischen Störung, dem ihr zugeteilten sozialen Raum und der 'Welt der Normalen' von beiden Seiten einzunehmen.

Literatur

Abholz, H./Gleiß, I.:

Zur Frage der Anpassung in der psychiatrischen Therapie.
In: Das Argument 71: 'Argumente für eine soziale Medizin
(III)' Heft 1-2/1972, s.79 ff.

Ackner, B./Harris, A./Oldham, A.J.:

Insulin Treatment of Schizophrenia - A Controlled Study.
In: Lancet, 1957, s.607 ff.

Autorenkollektiv:

Psychiatrie und Politik in: Das Argument 78: 'Argumente
für eine soziale Medizin (IV)' Heft 1-3/1973, s.69 ff.

Bahrdt, H.-P.:

Die moderne Großstadt (1961). München 1974

Barnes, M./Berke, J.:

Meine Reise durch den Wahnsinn. München 1973
(Two Accounts of a Journey to Madness. London 1971)

Barton, W.E.:

Institutional Neurosis. Bristol 1959

Basaglia, F.:

Die Institutionen der Gewalt. In: Basaglia, F. (Hrsg.):
Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der
Ausgeschlossenen. Frankfurt/Main 1971, s.114-161

Basaglia, F. (Hrsg.):

Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Aus-
geschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik
in Görz. Frankfurt/Main 1971

Basaglia, F./Basaglia-Ongaro, F.:

Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen
sozialen Kontrolle. Frankfurt/Main 1972

Basaglia, F. (Hrsg.):

Was ist Psychiatrie? Frankfurt/Main 1974

Bastide, R.:

Sociologie des Maladies Mentales. Paris 1965

Bateman, J.F./Dunham, W.:

The State Mental Hospital as a Specialized Community Experience. In: Am.J.Psych., 1948

Bateson, G. et.al.:

Schizophrenie und Familie. Frankfurt/Main 1969

Bauer, M. & Richartz, M.:

Angepaßte Psychiatrie als Psychiatrie der Anpassung.
In: Das Argument, 60, 1970, s.152-162

Becker, E.:

The Revolution in Psychiatry. The New Understanding of Man. New York 1964

Becker, H.S.:

Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance.
New York 1963

Becker, H.S. (Ed.):

The Other Side. Perspective on Deviance. New York 1964

Becker, H.S.:

Notes on the Concept of Commitment. In: Am.J.S., 66,
1960, s.32-40

Belknap, J.:

Human Problems in a State Mental Hospital. New York 1956

Berger, H.:

Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit.
Eine Kritik an Interview und Einstellungsmessung
in der Sozialforschung. Frankfurt/Main 1974

Berger, P.L.:

Einladung zur Soziologie. München 1973

Berger, P.L. & Luckmann, T.:

Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit.
Frankfurt/Main 1969

Bergmann, J.:

Die Theorie des sozialen Systems von Talcott Parsons.
Eine kritische Analyse. Frankfurt/Main 1967

Berndt, H.:

Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen.
Familiendynamische Aspekte der Schizophrenieforschung. In: A.Mitscherlich u.a. (Hrsg.). Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln - Berlin 1967, S.454-482

Bettelheim, B./Sylvester, E.:

The Therapeutic Influence of the Group on the Individual. Am.J.Orthops. 17, 1947, S.684-692

Bourne, H.:

The Insulin Myth. In: Lancet 1953, S.964 ff.

Boyers, R./Orrill, R.:

Laing and Anti-Psychiatry. Harmondsworth (England) 1972

Caesar, B.:

Autorität in der Familie. Ein Beitrag zum Problem schichtenspezifischer Sozialisation. Reinbek 1972

Caudill, W.:

The Psychiatric Hospital as a Small Society. Harvard Univ.Press, 1958

Clark, D.:

Administrative Therapy. The Role of the Doctor in the Therapeutic Community. London 1964

Clark, D.H.:

Administrative Psychiatry. 1942-1962. In: Brit.J.Psychiat. Ment.Hlth.J., 1963, S.109-178

Clark,D.:

Administrative Therapy. London 1964

Cloward,R.A. & Ohlen,L.E.:

Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs.
New York 1960

Cohen,A.K.:

Abweichung und Kontrolle. München 1968

Cooper,D.:

Psychiatry and Antipsychiatry. London 1967
(deutsch: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt/Main
1971)

Cooper,D.:

Death of the Family. London 1971 (deutsch: Der Tod der
Familie. Reinbek 1972)

Cooper,D.:

The Grammar of Living. London 1975

Cooper,D./Laing,R.:

Vernunft und Gewalt. Drei Kommentare zu Sartres Philosophie
1950-1960. Frankfurt/Main 1973

Cranach,M.v./Finzen,A.:

Psychische Krankheit als sozialer Prozeß. Psychiatrische
Epidemiologie Berlin-Heidelberg-New York 1972

Cumming,J. & Cumming,E.:

Ego and Milieu. New York 1962

Cumming,J. & Cumming,E.:

On the Stigma of Mental Illness. In: Community Ment.Hlth.J.1,
1965, s.135-143

Daheim,H.J.:

Der Beruf in der modernen Gesellschaft. Köln 1967

Denber,H.:

Research Conf. on Therapeutic Communities. Springfield Ill./1960

Devereaux, G.:

The Social Structure of the Hospital as a Factor in Total Therapy. In: Am.J.Orthops. 19, 1949, s.492-500

Deppe, H.-U.:

Zum 'Objekt' der Medizin. In: Das Argument, 50, 1969, s.284-298

Deppe, H.-U.:

Medizinsoziologische Bemerkung zur Ökologie und Epidemiologie am Beispiel von schizophren Erkrankten. In: Das Argument, 60, 1970, s.129-141

Dörner, K.:

Über den Gebrauch klinischer Begriffe in der politischen Diskussion. In: Die Linke antwortet Jürgen Habermas. Frankfurt 1968, s.59-69

Dörner, K.:

Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt 1969

Dörner, K.:

Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin. Frankfurt/New York 1975

Dreitzel, H.P.:

Das Leiden der Gesellschaft und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart 1968

Dubin, R.:

Industrial Worker's World: A Study of 'Central Life Interests' of Industrial Workers. In: A.M.Rose (Hrsg.) Human Behaviour and Social Processes. Boston 1962

Dubin, R.:

Abweichendes Verhalten und Sozialstruktur. In: H.Hartmann (Hrsg.): Moderne amerikanische Soziologie. Stuttgart 1967, 233-248
(Ursprünglich: Deviant Behavior in Social Theory. In: Am.Soc.R., 24, 1959, s.147-164)

Dunham,W./Weinberg,S.K.:

The Culture of the State Mental Hospital. Detroit 1960

Durkheim,E.:

Représentations Individuelles et Représentations Collectives.
In: Sociologie et Philosophie. Paris 1963

Elias,N.:

Über den Prozeß der Zivilisation. Bern 1969

Faris,R.E.L. & Dunham,W.H.:

Mental Disorders in Urban Areas. Chicago 1939

Ferber,Chr.v.:

Geleitwort zu: P.Runde. Die soziale Situation der psychisch
Behinderten. München 1971

Foudraine,J.:

Wer ist aus Holz? München 1973

Foucault,M.:

Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt 1969

Foulkes,S.H. & Prince,G.S. (Eds.):

Psychiatry in a Changing Society. London 1969

Francis,E.:

Die wissenschaftlichen Grundlagen soziologischen Denkens.
München 1957

Freidson,E.:

Profession of Medicine. New York 1970

Gastager,H.:

Tiefenpsychologie und Krankheitsbegriff. In: Zs.Klin.
Psychol.u.Pschoth., 19, 1971, s.243-253

Gleiß,I.:

Der konservative Gehalt der Anti-Psychiatrie. In: Das
Argument 89, 'Konservative Gehalte der Anti-Psychiatrie',
Heft 1-2/1975, s.31 ff.

Gleib, I./Seidel, R./Abholz, H.:

Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt/Main 1973

Goffman, E.:

The Moral Career of the Mental Patient. In: Psychiatry, 22, 1959, s.123-142

Goffman, E.:

Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York 1961

Goffman, E.:

Behavior in Public Places. New York 1963

Goffman, E.:

Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main 1967

Goffman, E.:

Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face Behavior. Chicago 1968 (deutsch: Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt/Main 1971)

Goffman, E.:

The Insanity of Place. In: Psychiatry 32/1969

Gouldner, A.W.:

The Coming Crisis of Western Sociology. New York/London 1970 (deutsch: Die westliche Soziologie in der Krise. Hamburg 1974)

Greenblatt, M./York, R.H./Brown, E.L.:

From Custodial to Therapeutic Care in Mental Hospitals. Glencoe, Ill. 1957

Greenblatt, M./Levinson, D.:

The Open Door: A Study of Institutional Change. In: The Therapeutic Community. (Hrsg.) Denber, C.B. Springfield Ill. 1960

Großhans, H.:

Stadtentwicklungsplanung, Düsseldorf 1972

Haag, F./et al.:

Aktionsforschung, München 1975

Habermas, J.:

Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. Neuwied/Berlin 1962

Habermas, J.:

Zur Logik der Sozialwissenschaften. Philosophische Rundschau, Beiheft 5, Tübingen 1967

Habermas, J.:

Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'. Frankfurt/Main 1968

Habermas, J.:

Thesen zur Theorie der Sozialisation. Stichworte und Literatur zur Vorlesung im SS 1968, Frankfurt/Main

Habermas, J.:

Towards a Theory of Communicative Competence. In: H.P. Dreitzel (Ed.): Recent Sociology. No. 2: Patterns of Communicative Behavior. London 1970, s.115-148

Habermas, J./Luhmann, N.:

Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie.
- Was leistet die Systemforschung? Frankfurt/Main 1974

Haug, F.:

Kritik der Rollentheorie. Frankfurt/Main 1972

Heim, E.:

Therapeutische Gemeinschaft: Verändertes Rollenverständnis.
In: Psychiatrische Praxis 1/1976. Stuttgart 1976, s.15 ff.

Helms, H./Janssen, J.:

Kapitalistischer Städtebau. Neuwied 1970

Hess, R.D./Handel, G.:

Familienwelten. Düsseldorf 1975

Hochman, J.:

Thesen zu einer Gemeindepsychiatrie. Frankfurt/Main 1973

Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C.:

Social Class and Mental Illness. A Community Study.
New York 1958

Homans, G.C.:

The Human Group. New York 1950

Jacoby, R.:

Negative Psychoanalyse und Marxismus. In: Psyche. Nr.11/1975
s.961-990

Jacoby, R.:

Gesellschaftstheorie und Psychotherapie (Laing, Cooper).
In: Das Argument 89: 'Konservative Gehalte der Anti-
Psychiatrie' Heft 1-2/1975, s.52 ff.

Jaspers, K.:

Allgemeine Psychopathologie. 6. Auflage. Berlin 1953

Jervis, G.:

Krise der Psychiatrie und Widersprüche der Institution.
In: Basaglia (Hrsg.): Die negierte Institution oder die
Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der
psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/Main 1971,
s.290-316

Jones, M.:

Social Psychiatry. London 1952. (The Therapeutic Community
New York 1962)

Jones, M.:

Social Psychiatry in the Community, in Hospitals, and
in Prisons. Springfield Ill. 1962

Jones,M.:

Towards a Classification of the 'Therapeutic Community'
Concept in: Brit.J.Med.Psych.32 (1959), s.200 ff.

Jones,M.:

Beyond the Therapeutic Community. Social Learning and Social
Psychiatry. London 1968

Kayser,H. et al.:

Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der
therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart 1973

Kerbs,D.:

Die hedonistische Linke. Neuwied-Berlin 1970

Keupp,H.:

Psychische Störungen als abweichendes Verhalten.
München-Berlin-Wien 1972

Keupp,H.:

Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München-
Berlin-Wien 1972

Kisker,K.-P.:

Die Verrücktheit, die Armut und Wir. In: Der Nervenarzt,
Heft 3/1967

König,R.:

Soziologische Orientierungen. Köln-Berlin 1965

Kornhauser,A.:

Mental Health of the Industrial Worker. New York 1965

Krappmann,L.:

Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle
Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen.
Stuttgart 1971

Laing,R.D.:

The Self and Others. London 1961

Laing,R.D.:

Is Schizophrenia a Disease? In: Internat.J.Soc.Psychiat.10,
1964

Laing,R.D.:

Undurchschaubarkeit und Evidenz in modernen Sozialsystemen.
In: Kursbuch, 16, 1969, s.93-110 (a)

Laing,R.D.:

The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness.
Harmondsworth (England) 1965

Laing,R.D.:

The Politics of Experience. London 1967
(deutsch: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt/Main 1969)

Laing,R.D.:

The Politics of the Family. London 1971

Laing,R.D. & Esterson,A.:

Sanity, Madness, and the Family. London 1964

Laing,R.D., Phillipson,H. & Lee,A.R.:

Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research.
London/New York 1966

Lemert,E.M.:

Social Pathology. New York 1951

Lemert,E.M.:

Paranoia and the Dynamics of Exclusion. In: Sociometry, 25,
1962, s.2-20
(Wiederabgedruckt in: S.P.Spitzer & N.K.Denzin (Eds.):
The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance.
New York 1968, s.68-84)

Lorenzer,A.:

Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer
Metatheorie der Psychoanalyse. Frankfurt/Main 1970

Lorenzer,A., Dahmer,H., Horn,K., Brede,K., & Schwarzenberg,E.:

Psychoanalyse als Sozialwissenschaft. Frankfurt/Main 1971

Lorenzer, A.:

Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion, Frankfurt/Main 1973

Maciejewski, F. (Hrsg.):

Theorie oder Gesellschaft oder Sozialtechnologie
Beiträge zur Habermas/Luhmann-Diskussion. Frankfurt/Main 1973

Mead, G.H.:

Mind, Self and Society. Chicago 1934

Mechanic, D.:

Medical Sociology. A Selective View. New Yor, 1968

Mechanic, D.:

Versorgung und Sozialpolitik. München-Berlin-Wien 1975

Merton, R.K.:

Social Theory and Social Structure. New York 1957

Mills, C.W.:

The Professional Ideology of Social Pathologists. In:
Am.J.S., 49, 1943, s.165-180
(Wiederabgedruckt in: M.Lefton, Skipper, J.K. & C.H.McCaghy
(Eds.): Approaches to Deviance: Theories, Concepts, and
Research Findings. New York 1968, s.3-23)

Mills, T.M.:

The Sociology of Small Groups. Englewood Cliffs, N.J. 1967

Mitscherlich, A., Brocher, T., Mering, O.v. & Horn, K. (Hrsg.):

Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Neue Wissenschaft-
liche Bibliothek. Köln-Berlin 1967

Mitscherlich, A.:

Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden.
Frankfurt/Main 1965

Mollenhauer, K.:

Theorien zum Erziehungsprozeß. München 1972

Moser, T.:

Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Zum Verhältnis von soziologischen, psychologischen und psychoanalytischen Theorien des Verbrechens. Frankfurt/Main 1970

Negt, O./Kluge, A.:

Öffentlichkeit und Erfahrung. Zur Organisationsanalyse von bürgerlicher und proletarischer Öffentlichkeit. Frankfurt/Main 1974

Neidhardt, F.:

Die Familie in Deutschland. Opladen 1975

Neumann-Schönwetter, M.:

Psychosexuelle Entwicklung und Schizophrenie. Frankfurt/Main 1973

Newcomb, T.M.:

Sozialpsychologie. Meisenheim am Glan 1959

Orzack, L.:

Work as 'Central Life Interest' of Professionals. In: Work and Leisure. New Haven 1963 (Hrsg. E.O.Smigel)

Parow, E.:

Psychotisches Verhalten und Umwelt. Frankfurt/Main 1972

Parow, E.:

Die Dialektik des symbolischen Austausches. Stuttgart 1973

Parsons, T.:

The Social System. New York 1951

Parsons, T.:

Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: E.G.Jaco (Ed.): Patients, Physicians and Illness. Glencoe, Ill. 1958, s.165-1987 (Deutsch: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: A.Mitscherlich u.a. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln-Berlin 1967, s.57-87)

Pflanz, M.:

Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart 1962

Pirella, A. (Hrsg.):

Sozialisation der Ausgeschlossenen. Praxis einer neuen Psychiatrie. Reinbek 1975

Plessner, H.:

Das Problem der Öffentlichkeit und die Idee der Entfremdung. Göttingen 1960

Ploeger, A.:

Die therapeutische Gemeinschaft in Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart 1972

Ruesch, J.:

Social Factors in Therapy. In: S.B. Wortis, M. Herman & C.C. Hare (Eds.): Association for Research in Nervous and Mental Disease, Psychiatric Treatment, Vol. 31. Baltimore 1953, s.59-93

Ruesch, J.:

Social Psychiatry: An Overview. In: Archives of General Psychiatry, 12, 1965, s.501-509

Runde, P.:

Die soziale Situation der psychisch Behinderten. München 1971

Scheff, T.J.:

Being Mentally Ill: A Sociological Theory. Chicago 1966

Schelsky, H.:

Der Beruf in der modernen Gesellschaft. In: Unser Verhältnis zur Arbeit. Stuttgart 1960

Schilder, P.:

Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. 1925. Frankfurt/Main 1973

Schittar, L.:

Die Ideologie der therapeutischen Gemeinschaft. In: F. Basaglia (Hrsg.): Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/Main 1971, s. 162-182

Schwarz, B./Weise, K./Thom, A.:

Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig 1971

Sechehaye, M.:

Tagebuch einer Schizophrenen. Frankfurt/Main 1973

Shibutani, T.:

Society and Personality. Englewood Cliffs, N.J. 1961

Siberski, E.:

Untergrund und offene Gesellschaft. Göttingen 1967

Siegrist, J.:

Das Consensus-Modell. Stuttgart 1970

Siegrist, J. & Bertram, H.:

Schichtspezifische Variation des Krankheitsverhaltens. In: Soziale Welt, 21/22, 1970/71, s. 206-218

Simmel, G.:

Brücke und Tür. Stuttgart 1957

Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K. & Rennie, T.A.C.:

Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study. Vol. 1. New York 1962

Stanton, A./Schwartz, M.:

The Mental Hospital. New York 1954

Steinert, H. (Hrsg.):

Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie. Stuttgart 1973

Strauss, A.:

Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität. Frankfurt/
Main 1968
(ursprünglich: Mirrors and Masks. The Search for Identity.
Glencoe, Ill. 1959)

Strotzka, H.:

Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg 1967

Strotzka, H.:

Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien-
München 1969

Sudnow, D.:

Normal Crimes: Sociological Features of the Penal Code
in a Public Defender Office. In: Social Problems, 12,
1965, s.255-276

Szasz, T.S.:

The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of
Personal Conduct. New York 1961

Szasz, T.S.:

The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the
Inquisition and the Mental Health Movement. New York 1970 (b)

Tönnies, F.:

Gemeinschaft und Gesellschaft. Leipzig 1935

Watzlawik, P. et al.:

Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien.
Bern-Stuttgart-Wien 1969

Watzlawik, P. et al.:

Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels.
Bern-Stuttgart-Wien 1974

WHO (Weltgesundheitsorganisation):

Epidemiology of Mental Disorder. Technical Report 185, 1960

WHO (Weltgesundheitsorganisation):

Expert Committee on Mental Health, 3rd Report. Genf 1953

Wieser, S.:

Devianz und informelle Sanktionen bei psychisch Kranken.
In: N. Petrilowitsch & H. Flegel (Hrsg.): Sozialpsychiatrie.
Teil 1. Basel-New York 1969, s.24-38

Wilmer, H.A.:

Social Psychiatry in Action. Springfield, Ill. 1958

Wulff, E.:

Grundfragen der transkulturellen Psychiatrie. In:
Das Argument, 50, 1969, s.227-260

Wulff, E.:

Psychiatrie und Klassengesellschaft. Zur Begriffs-
und Sozialkritik der Psychiatrie und Medizin.
Frankfurt/Main 1972

Wulff, E.:

Richters Konzept der Randgruppentherapie. In:
Das Argument, 89, 'Konservative Gehalte der Anti-
Psychiatrie' Heft 1-2/1975, s.9-30

Lebenslauf

- 7.6.1941 geb. als Tochter des Dipl.Kaufmanns Dr. Werner Portugall
und seiner Ehefrau Ingeborg, geb. Lettner, in Essen/Ruhr
- 1947 - 1950 Besuch der ev. Volksschule, 'Gerswida-Schule' in Essen
- 1951 - 1952 Besuch des Neusprachlichen Mädchengymnasiums 'Maria-
Wächtler-Schule' in Essen
- 1952 - 1960 Besuch des Neusprachlichen Mädchengymnasiums 'Schiller-
Schule' in Bochum
- 1960 Reifeprüfung an der 'Schiller-Schule'
- 1960 - 1962 Studium der Romanistik, Soziologie und ZW an der 'Ludwig-
Maximilians-Universität', München
- 1962 - 1963 Studium der französischen Sprache und Literatur an der
'Sorbonne', Paris
- 1963 - 1966 Wiederaufnahme des Studiums in München
- Mai 1966 Abschluß des Studiums mit dem 'Magister Artium' Gesamtnote:
'Gut'
- 1966 - 1970 Freie journalistische Tätigkeit bei Zeitschriften und BR
- 1971 - Juli 1972 Hauptamtliche Mitarbeiterin beim Jugendamt der
Stadt München in der 'Drogenberatungsstelle'
- bis Ende 1973 Freie Mitarbeit beim Sozialreferat der Stadt München
- ab Januar 1974 Mitarbeiterin der 'Erziehungsberatungsstelle Lands-
berg/Lech'
- Frühjahr 1977 Promotion zum 'Dr. rer.pol.' an der 'Ludwig-Maximilians-
Universität', München.

